

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

Factores psicosociales asociados en mujeres con aborto.

Hospital Roosevelt, Guatemala, septiembre 2015.

TESIS DE GRADO

MARÍA ANDREA ROLDÁN GARCÍA
CARNET 11345-09

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, OCTUBRE DE 2015
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

Factores psicosociales asociados en mujeres con aborto.

Hospital Roosevelt, Guatemala, septiembre 2015.

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR

MARÍA ANDREA ROLDÁN GARCÍA

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE MÉDICA Y CIRUJANA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, OCTUBRE DE 2015
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. CLAUDIO AMANDO RAMÍREZ RODRIGUEZ
VICEDECANO: MGTR. GUSTAVO ADOLFO ESTRADA GALINDO
SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN
DIRECTOR DE CARRERA: MGTR. EDGAR ENRIQUE CHÁVEZ BARILLAS

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. BLANCA MAGDANY QUIROA ROBLEDO

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. MA. TERESA GUADALUPE SOTELO GUZMAN DE AGUILAR
LIC. CLAUDIA MARIA DE LEON LEON
LIC. LESTER ARIEL GIRÓN ROMERO



**VISTO BUENO INFORME FINAL DE TESIS
ASESOR DE INVESTIGACION**

Guatemala, 18 de septiembre 2015

Comité de Tesis
Departamento de Medicina
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rafael Landívar

Estimados miembros del Comité:

Deseándoles éxitos en sus actividades académicas regulares, me place informales que he revisado el informe final de tesis de graduación titulado: **Factores psicosociales en mujeres con aborto, Hospital Roosevelt, Guatemala, septiembre 2015**, de la estudiante **María Andrea Roldán García** con carné N°1134509, el cual he acompañado desde la fase de protocolo y, hasta el momento, ha cumplido con las exigencias y procedimientos establecidos en la Guía de Elaboración de Tesis de la Licenciatura en Medicina de esa universidad.

Por lo anterior, doy mi anuencia para que dicho informe pase a consideración del Comité de Tesis para su aprobación, no teniendo de mi parte ningún inconveniente para que dicho alumno pueda continuar con el proceso establecido por la Facultad de Ciencias de la Salud, para solicitar la *defensa de tesis* del trabajo en mención.

Sin otro particular, atentamente,

Dra. Magdany Quiroa R.
Céd. 11950
Ginecología y Obstetricia

Dra. Blanca Magdany Quiroa Robledo
Asesor de Investigación

Cc/

- Archivo
- Gestor Académico de FC



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante MARÍA ANDREA ROLDÁN GARCÍA, Carnet 11345-09 en la carrera LICENCIATURA EN MEDICINA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 09951-2015 de fecha 14 de octubre de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

Factores psicosociales asociados en mujeres con aborto.
Hospital Roosevelt, Guatemala, septiembre 2015.

Previo a conferírsele el título de MÉDICA Y CIRUJANA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 26 días del mes de octubre del año 2015.



LIC. JENIFFER ANNETTE LÜTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar

Agradecimientos

Agradezco la guía, amor, iluminación, sabiduría y presencia de Dios en cada momento de mi vida, pero en especial, en este proceso de formación como herramienta elegida por Él.

Agradezco su presencia tangible en las personas que hicieron posible que alcanzara este sueño; en especial a Papa, Mama, Henry, Wendell, Mónica, Don Maco, Doña Thelma, Nachito, Danilo, Patico, Kathy, George, Jhonny, Beverly, Gupy, Ane, Don Joaquis y mumu; por su cariño, paciencia, ánimos, apoyo y compañía siempre.

Mi especial agradecimiento a Jessica y Dr. Caballeros que siempre me dieron su ayuda, apoyo y cariño; no sólo como docentes y familia, sino que también como maestros y personas muy importantes a las que tengo mucho cariño. Sin su ayuda no hubiera sido posible el realizar este trabajo, ni mi formación en diversas áreas.

Mi más sincero agradecimiento a la Dra. Quiroa por su guía y orientación. Así como también al Licenciado Matute.

De igual manera, agradezco a las demás autoridades universitarias, autoridades hospitalarias, docentes, médicos, amigos y compañeros que hicieron posible el efectuar este trabajo.

"Si tienes un sueño lucha por el, no importa lo lejano o surrealista que parezca, puede que en el camino hayan tropiezos, dificultades y seguramente heridas que dejen cicatrices; a pesar de ello, no desanimas, esas marcas te harán recordar lo fuerte que eres y alcanzar metas mayores".

Ma. Andrea Roldán.

8 de septiembre de 2015, en algún momento de insomnio y ansias, ante la divisa de la culminación e inicio de uno de los sueños.

Factores psicosociales asociados en mujeres con aborto
Hospital Roosevelt, Guatemala, septiembre 2015
TESIS DE GRADO

María Andrea Roldán García

Universidad Rafael Landívar

Landívar Hospital

Roosevelt Guatemala

Resumen

Antecedentes: La salud materna es un proceso complejo que debe manejarse de forma integral, detectando factores biológicos y psicosociales que produce efectos adversos en el embarazo y pueden ser prevenibles si se detectan oportunamente.

Objetivo: Identificar los factores psicosociales en mujeres con aborto en el Hospital Roosevelt de Guatemala.

Diseño: Estudio descriptivo, transversal, observacional.

Materiales y Métodos: se entrevistaron 61 pacientes empleando un cuestionario estructurado de 29 preguntas utilizando como base el cuestionario PRAMS (Pregnancy Risk Assessment Monitoring System).

Resultados: La edad promedio fue de 24.8 años (IC95%; 22.8-26.8). El indicador epidemiológico de riesgo se encontró en 47.5% (29); hábitos de riesgo 16.4% (10); mal control prenatal 67.2%(41); consejería deficiente 36.1% (22); embarazo no deseado 31.1% (19); percepción de inseguridad 8.2% (5); inestabilidad familiar 19.7% (14). Las pacientes con aborto espontáneo tuvieron mayor edad ($p=0.0078$), fue un embarazo deseado ($p=0.00007$) y planificado ($p=0.03174$) y tenían hogar integrado ($p=0.01052$).

Conclusiones: La deficiencia en el control prenatal fue el indicador más frecuente. Las pacientes con aborto espontáneo expresaron aceptación del embarazo, tenían hogar integrado y menos indicadores de riesgo.

Palabras clave: *Factores psicosociales, aborto, aborto provocado, aborto espontáneo.*

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEÓRICO.....	2
2.1. Embarazo.....	2
2.2. Control prenatal.....	3
2.3 Factores psicosociales.....	5
2.3.1. Violencia intrafamiliar.....	7
2.3.2 Recursos económicos y factores socioculturales.....	9
2.3.3 Adolescencia y gestación.....	9
2.3.4 Hábitos de Riesgo.....	10
2.3.4.1 Consumo de alcohol.....	10
2.3.4.2 Consumo de Tabaco.....	11
2.3.5 Embarazo no planificado.....	12
2.3.6 Atención prenatal inadecuada.....	12
2.4 Efectos adversos perinatales.....	12
2.4.1 aborto.....	12
3. OBJETIVO.....	14
3.1Objetivo general.....	14
4. METODOLOGÍA.....	15
4.1 Diseño del estudio.....	15
4.2.Unidad de análisis.....	15
4.3 Muestra.....	15
5. Criterios de inclusión y exclusión.....	15
6. Técnica.....	15
7. Instrumento.....	16
8. Definición y operacionalización de variables.....	17
9. Plan de procesamiento y análisis de datos.....	21
10. Procedimiento.....	25
11. Alcances y límites de la investigación.....	27
12. Aspectos éticos de la investigación.....	27
13.Resultados.....	28
14. Análisis y Discusión de resultados.....	32
15. Conclusiones.....	36
16. Recomendaciones.....	37
17. Referencias bibliográficas.....	38
18. Anexos.....	42

1. Introducción

Según el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), los factores de riesgos psicosociales, son todos aquellos factores no biomédicos que afectan la salud mental y física de las gestantes. (1)

Para efectuar una evaluación integral materna, deben considerarse diversos factores determinantes de salud, tanto biológicos como psicosociales. Por ello es de suma importancia descartar la existencia de factores de riesgo; para brindar el apoyo y tratamiento oportuno a la gestante y garantizar el bienestar de la misma y del feto.

Desde años anteriores se han relacionado diversos factores de riesgo psicosociales maternos con consecuencias adversas en el embarazo (1, 3, 4). Entre los factores psicosociales a detectar en la atención prenatal se encuentran las barreras de atención, el hogar inestable, control prenatal inadecuado, embarazo no deseado, barreras en la comunicación, malnutrición materna, consumo de tabaco o sustancias, depresión, violencia intrafamiliar o por parte de la pareja, estrés, entre otros. (9)

Estos factores se han determinado como principales consecuencias clínicas adversas para: parto pretérmino, aborto espontáneo y distocia del trabajo de parto. (4, 5, 6)

ACOG propone una herramienta para evaluar dichos factores y sugiere se efectúe una integración con programas propios de cada hospital y sea adaptada según las necesidades de la comunidad.(9)

En el presente estudio fue realizada la detección de factores psicosociales como escolaridad, nivel socioeconómico, paridad, hábitos de riesgo, control prenatal, deseo del embarazo, violencia intrafamiliar, entre otros; de mujeres con aborto provocado o espontáneo atendidas en el Hospital Roosevelt.

2. Marco Teórico

2.1 Embarazo

El embarazo se define como el proceso en el que se da por concluida la implantación, lo cual es 12 a 16 días aproximadamente tras haber ocurrido la fecundación. (23)

La duración promedio del embarazo es de 40 semanas aproximadamente donde el producto del mismo ya es viable y no presenta alteraciones en la maduración. (1)

Durante el embarazo ocurren ciertos cambios en la fisiología y anatomía de la gestante. Los cambios normales que pueden ocurrir afectan el funcionamiento de los sistemas de la misma. Entre ellos se puede mencionar la ganancia de peso de 6 a 16 kg, el aumento de la temperatura basal de hasta 0.6° C, puede presentarse lordosis por el aumento de peso y alteraciones en la marcha, hipertriosis, hiperpigmentación por aumento de estrógenos, telangiectasias, estrías, aumento de secreción de las glándulas sudoríparas, se desplaza el choque de punta a partir del segundo trimestre, aumento del gasto cardíaco hasta 50%, aumento de la frecuencia cardíaca, disminución de la presión arterial. (1,22)

En el sistema renal se presenta aumento del flujo plasmático renal, dilatación de pelvis y cálices renales, aumento del filtrado glomerular, nicturia. (1, 22)

Otras modificaciones en la fisiología materna que pueden presentarse son el aumento del volumen sanguíneo, aumento del recuento de glóbulos rojos y disminución del hematocrito, aumento de reticulocitos, disminución de plaquetas, aumento de los factores de la coagulación. (1, 22)

En lo relacionado al sistema gastrointestinal, cambian los hábitos alimenticios, pueden presentarse hiperémesis en especial en las primeras semanas por aumento de estrógenos, acidez, reflujo, pirosis, hemorroides. (1, 22)

Las modificaciones presentes en el sistema respiratorio pueden presentarse a partir de la octava semana de gestación donde se alteran las capacidades, volúmenes y ventilación pulmonares; en este hay disminución de la resistencia pulmonar de hasta el 50%, aumento del volumen corriente, ventilación pulmonar y consumo de oxígeno. Ocurren modificaciones anatómicas como disminución de hasta 4cms del diámetro vertical interno por elevación del diafragma e incremento de la circunferencia torácica de hasta 6cms. (1, 22)

Luego de considerar los cambios fisiológicos y anatómicos normales maternos, es necesario establecer la edad gestacional. Para realizar el cálculo de las semanas de gestación se procede a tomar la fecha de la última regla considerando diversos factores que pueden llegar a causar que no sea confiable. Entre los factores a considerar son la planificación con uso de método hormonal, el que la madre se encuentre dando lactancia exclusiva, el que los ciclos sean irregulares, o que la madre no recuerde o desconozca la fecha del primer día del último período menstrual. (1)

Otro medio que puede emplearse para conocer la edad gestacional es el ultrasonido obstétrico o bien la altura uterina. En la semana 20 a 31 la altura uterina en centímetros que se obtiene midiendo desde la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino es directamente proporcional a las semanas de gestación. En este método hay que tener en cuenta que puede verse alterado por obesidad materna o por encontrarse la vejiga llena. (1)

Por otra parte, para obtener el cálculo de la fecha probable de parto se emplea la regla de Naegele, la cual consiste en sumar siete días al primer día de la fecha de la última menstruación y se restan tres meses. (1)

2.2 Control Prenatal

El control prenatal debe dar inicio ante la sospecha de embarazo. En la primera visita de control prenatal debe iniciarse con una serie de objetivos:

- Definir el estado de salud materno.
- Cálculo de la edad gestacional.
- Realizar un plan de atención obstétrica. (1)

Los componentes básicos que conforman el control prenatal, son: interrogatorio, exploración física, pruebas de laboratorio y estudios complementarios, que faciliten al médico el realizar la detección oportuna de alguna patología o riesgo para la salud tanto materna como fetal o bien resguardar la salud de ambos.

Los componentes típicos del control prenatal son:

- Interrogatorio
- Exploración física
 - Exploración física completa de cada sistema.
 - Presión arterial.
 - Peso materno.
 - Examen ginecológico.
 - Altura del fondo uterino.
 - Frecuencia cardíaca fetal.
- Posición fetal
 - Presentación.
 - Situación.
- Pruebas de laboratorio
 - Hemoglobina.
 - Hematocrito.
 - Tipo sanguíneo y factor Rh.
 - Detección de anticuerpos.

- Frotis de Papanicolaou.
- Prueba de tolerancia de glucosa.
- Detección de AFP.
- Proteínas en orina.
- Cultivo de orina.
- Orina simple.
- Anticuerpos contra rubeola.
- Serología.
- Cultivo para gonococos y clamidias.
- Antígeno de superficie para hepatitis B.
- VIH.
- Cultivo para detectar estreptococo del grupo B.
- Aplicación de Rhogam de estar indicado
- Ultrasonidos obstétricos (1)

Las visitas de seguimiento son programadas con frecuencia a intervalos de cuatro semanas hasta que la paciente cumple 28 semanas de gestación. A partir de dicho momento se reduce el intervalo siendo cada dos semanas hasta la semana 36 y luego cada semana hasta la resolución del embarazo. (1)

En las visitas de seguimiento se procede a realizar diferentes procesos para valorar el bienestar fetal y materno. (1)

Aspectos que merecen especial atención son la edad gestacional y la presión arterial materna. En la valoración fetal debe evaluarse la frecuencia cardíaca (auscultable entre la semana 16 y 19 de gestación), talla actual y ritmo de cambio, volumen de líquido amniótico, presentación y altura, actividad. (1)

En la valoración materna debe establecerse la presión arterial actual, peso y magnitud de cambios, síntomas incluyendo cefalea, alteraciones de la visión, dolor abdominal, náusea, vómitos, hemorragia vaginal, salida de líquido por vagina, disuria, altura del fondo uterino a partir de la sínfisis del pubis, exploración vaginal. (1)

La exploración vaginal es de utilidad y tiene como finalidad el confirmar y definir la altura de la presentación, valorar la capacidad pélvica y configuración, consistencia, borramiento y dilatación cervical. (1)

En la vigilancia nutricional materna debe dársele recomendaciones generales, la ganancia de peso en gestantes de peso adecuado debe ser de 11.75 a 17 kg. Se deben administrar tabletas con sales de hierro que aporten como mínimo 27mg al día y suplementos con folato antes de la concepción y en las primeras semanas de gestación. En la semana 28 a 32 se debe efectuar la medición de hemoglobina y hematocrito para detectar cualquier disminución de importancia. (1)

2.3 Factores Psicosociales

Según el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) los médicos deben realizar una evaluación integral de las mujeres en estado de gestación donde se considere la detección de factores de riesgo psicosociales perinatales. Esto según la publicación efectuada en agosto de 2006. (9)

ACOG define los factores de riesgo psicosociales como aquellos factores no biomédicos que afectan la salud mental y física de las gestantes. (1)

Entre los factores psicosociales a detectar en la atención prenatal se encuentran las barreras de atención, el hogar inestable, control prenatal inadecuado, embarazo no deseado, barreras en la comunicación, malnutrición materna, consumo de tabaco o sustancias, depresión, violencia intrafamiliar o por parte de la pareja, estrés, entre otros. (9)

ACOG propone una herramienta para evaluar dichos factores y sugiere que se efectúe una integración con programas propios de cada hospital y sea adaptada según las necesidades de la comunidad. Entre los programas se incluyen algunos para apoyar a las gestantes para dejar de fumar, perder peso en caso de tener obesidad, brindar asistencia médica, etc. A su vez, se ha indicado que los factores psicosociales se relacionan con el estado de salud tanto de las gestantes como de los neonatos. (9)

Diversos factores pueden llegar a dificultar el acceso de las gestantes a un adecuado control prenatal. Entre estos factores se puede citar: la incapacidad para cubrir los gastos para adquirir atención médica o servicios de salud, no contar con seguro de salud o no tener conocimiento del lugar indicado para recibir dicha atención. En este caso se ha notado que el grupo más afectado son las adolescentes. (10)

Otro aspecto evaluado en la herramienta propuesta por ACOG son las mudanzas frecuentes pues podrían ser indicativas de inestabilidad del hogar de la gestante, ya sea por factores económicos, inseguridad o bien por violencia intrafamiliar o por parte del cónyuge, lo cual a su vez, implicaría estrés para las mismas. (10)

En lo referente al factor nutricional, es necesario considerar aspectos económicos, dificultad para adquirir los alimentos, trastornos alimenticios o ignorancia sobre una dieta balanceada y adecuada que cubra los requerimientos nutricionales durante el estado de gestación. En lo referente a los hábitos alimenticios, debe realizarse un énfasis particular en las gestantes adolescentes y descartar trastornos como bulimia y anorexia. De encontrarse presentes podría realizarse la detección oportuna y llevar tratamiento conjunto e integral con un psiquiatra y nutricionista. (10)

En lo referente a la violencia en el hogar por parte del cónyuge, se ha detectado que inicia en el momento de la gestación o bien, si se encontraba presente, empeora durante la misma. Por ello, entre las recomendaciones brindadas por ACOG y por los Centros de control y

prevención de enfermedades (CDC), instan a interrogar sobre esta situación al menos una vez en cada trimestre de gestación y en el período post parto, prestando especial atención a la presencia de lesiones que sugieran maltrato o abuso. (10)

Otro factor a tomar en cuenta es el estrés. Se ha encontrado relación entre los niveles de estrés y ansiedad durante la gestación y la amenaza de parto pre término y neonatos de bajo peso al nacer. (10)

El embarazo no planificado se presenta en un alto porcentaje de mujeres gestantes y principalmente en adolescentes. También se ha encontrado relacionado con otros factores psicosociales como los hábitos de riesgo, estrés, violencia intrafamiliar. La detección de este factor debe ser oportuna para que la gestante reciba el apoyo y atención necesaria, ya sea para continuar con el embarazo o interrumpirlo. (10)

Además de ACOG, se han desarrollado diversos programas y herramientas para evaluar los factores psicosociales en gestantes. Un programa desarrollado en 1987 es el sistema de monitoreo de evaluación de riesgos del embarazo (PRAMS). En este sistema se planteó el empleo de un cuestionario, el cual ha sido modificado y adaptado a lo largo de los años junto con CDC según las necesidades de cada comunidad, institución y hallazgos obtenidos según investigaciones. Por ello, a lo largo de los años se han ido conservando o suprimiendo ciertas preguntas del cuestionario. (12)

Básicamente en este cuestionario se incluyen preguntas relacionadas con:

- Actitudes y sentimientos que tiene la gestante sobre su embarazo.
- Cuidado prenatal.
- Consumo de alcohol y tabaco.
- Abuso antes y durante la gestación.
- Morbilidad relacionada con el estado de gestación.
- Salud infantil.
- Uso de anticonceptivos.
- Conocimiento de las madres sobre el embarazo, suplementación con micronutrientes, efectos adversos de consumo de alcohol y tabaco, enfermedades de transmisión sexual y VIH.
- Situación económica.
- Historia obstétrica.
- Estrés materno. (12)

En la actualidad PRAMS proporciona dos tipos de cuestionarios básicos de los cuales han surgido otros cuestionarios según las necesidades de cada Estado, institución o comunidad. Estos cuestionarios son: el autoadministrado en el que se proporciona a las gestantes un paquete vía correo o telefónica; o bien, el cuestionario con el apoyo de un entrevistador y se encuentra disponible en español e inglés. (12)

Actualmente cuarenta Estados y Nueva York participan en el programa PRAMS. (12)

En 1989 surge la Evaluación de Salud Psicosocial Prenatal (ALPHA) desarrollado por un equipo multidisciplinario en Ontario. Para la creación de una herramienta que evaluara los factores psicosociales se siguió un proceso similar al de PRAMS y ACOG, donde se efectuaron encuestas a médicos y familias para determinar la necesidad de dicha herramienta, se revisó literatura y se encontró que existían factores psicosociales que tenían efectos adversos en el postparto. (13)

Según las investigaciones efectuadas se delimitaron los principales factores psicosociales con efectos perinatales adversos. Entre estos factores se mencionan:

- Maltrato y abuso contra la mujer.
- Depresión.
- Pareja disfuncional.
- Enfermedades.(13)

Finalmente en base a la literatura revisada y los hallazgos, fue creado el cuestionario de ALPHA conformado por 32 preguntas evaluando 15 factores de riesgo. Dichas preguntas se brindan como un formato de base a seguir y que puede ser modificado según las diferentes mujeres evaluadas. Este formato comenzó a emplearse por la Asociación Médica de Ontario en 1995 en 8 clínicas. (13)

El formato propuesto en Ontario posteriormente fue empleado y modificado en la isla Príncipe Edward (PEI) en 1998. Donde se demostró que dicha herramienta era de gran ayuda en el control prenatal para identificar situaciones que colocaban en peligro la salud de las gestantes y reducía las complicaciones en el postparto. Ante ello, con ayuda del empleo adecuado del cuestionario se lograban reducir costos. (13)

Ante los hallazgos, fue diseminada y recomendada la evaluación y detección de factores psicosociales de riesgo por ALPHA, PEI y la organización de salud de Canadá, aunque aún existen profesionales de salud y ciertas áreas donde no se aplican por no conocerla o bien por no dar la debida importancia. (13)

2.3.1 Violencia intrafamiliar

Aproximadamente 324,000 mujeres embarazadas son abusadas cada año en Estados Unidos. El abuso o agresiones por parte de la pareja o cónyuge de las gestantes se ha detectado como factor que empeora durante dicho estado y también se ha visto relacionado con otros factores de riesgo para la salud materna y fetal. (11, 14)

Muchas mujeres que sufren abuso por parte de la pareja presentan heridas en diferentes partes del cuerpo, pero no siempre, los daños son visibles o son físicos. (14)

Entre otras manifestaciones que pueden verse ocasionadas por el abuso son los dolores crónicos de cabeza, trastornos del sueño o de alimentación, palpitaciones, dolor pélvico crónico, síndrome de colon irritable, somatización, etc. O bien, las gestantes pueden experimentar síntomas de estrés o pueden incurrir en trastornos como ansiedad, depresión, abuso de sustancias, suicidio, entre otros. (14)

A su vez, el abuso y violencia intrafamiliar han sido relacionados con baja ganancia de peso en la gestación, infecciones, anemia, consumo de tabaco o sustancias, fracturas pélvicas, alteraciones en la implantación placentaria, lesiones fetales, parto pre término, bajo peso al nacer, entre otros. (14)

También se ha encontrado que la severidad de la violencia incrementa durante el embarazo o bien en el período postparto. En este contexto se ha correlacionado el incremento de la violencia por parte de la pareja, con embarazos no planificados o no deseados.(14)

Un factor de importancia a considerar es el coste económico y efecto social que implica el abuso por parte de la pareja. Se ha encontrado que aproximadamente un cuarto de millón de visitas que se dan a un hospital tienen alguna relación con abuso. (14)

El costo que se tiene al año es de 8.3 billones cada año en servicios médicos y salud mental, considerando también pérdida de la productividad laboral. Otros costos médicos a considerar son los empleados para brindar apoyo a gestantes alcohólicas, con intento de suicidio, otras patologías mentales, complicaciones durante el embarazo, o efectos pediátricos. (14)

Una población en particular que se ve relacionada con este factor psicosocial son las adolescentes. Las cuales ante tal situación, son propensas a incurrir en hábitos de riesgo como consumo de tabaco, intentos de suicidio o padecer enfermedades de transmisión sexual. (11, 14)

Ante ello, se propone que el personal de salud realice pruebas de detección, en especial en las gestantes durante el control prenatal. Se sugiere también que se interroge a las pacientes en diversas ocasiones durante el tiempo del embarazo, en las múltiples consultas, pues con frecuencia, en la primera consulta, las gestantes niegan la violencia o el abuso. (11, 14)

Se ha propuesto las evaluaciones rutinarias en momentos específicos:

- La primera visita prenatal.
- Una vez por trimestre.
- En el control postparto.
- En las visitas de control ginecológico y obstétrico de rutina. (11)

Para poder detectar el abuso de forma oportuna se han formulado cuestionarios de base, los cuales pueden ser adaptados según el lenguaje, contexto y situación de cada gestante para poder obtener una respuesta certera. (14)

Entre las consecuencias maternas que se han relacionado con el maltrato, se encuentran lesiones traumáticas, aborto involuntario, atención prenatal inadecuada, ganancia de peso inadecuado, padecimiento de infecciones de transmisión sexual. Y entre las consecuencias neonatales se pueden mencionar lesiones al feto, parto pre término, bajo peso al nacer entre otros. Y entre otros factores psicosociales que se han visto relacionados se encuentra la depresión, el abuso de sustancias, consumo de alcohol o tabaco, trastornos mentales. (15)

2.3.2 Recursos económicos y factores socioculturales

El factor socioeconómico es de especial importancia según ACOG y otras organizaciones que han realizado e implementado cuestionarios y programas de detección de factores psicosociales. (15)

Este factor se ha relacionado con falta de acceso a atención en salud y control prenatal adecuado, ya sea por recurso económico, por no contar con cobertura por parte de un seguro o bien por distancia y dificultad de movilización hacia el centro donde se preste dicho servicio. (15)

Mal nutrición y ganancia de peso inadecuada durante la gestación, así como bajo peso fetal al nacer se ha relacionado con los recursos económicos limitados. (15)

En los factores socioculturales se ha presentado las barreras de lenguaje y en ocasiones factores como racismo. (15)

También se ha encontrado relación de recursos económicos bajos y el parto pre término, teniendo ello, mayor prevalencia en mujeres hispanas. (21)

2.3.3 Adolescencia y gestación

El embarazo durante la adolescencia puede tener diversas implicaciones en la gestante, la familia y el desarrollo del embarazo. (16)

Para el año 2010 se reportó que alrededor de 365,000 adolescentes entre 15 y 19 años de edad fueron madres. De estos recién nacidos, 66,800 eran los primeros. 57,200 fueron el segundo hijo; 8,400 el tercero y 1,200 el cuarto o más. Estas cifras se observan y consideran elevadas a pesar que ha disminuido el número de embarazos en la adolescencia en las últimas dos décadas. (16)

Por otra parte, considerando el factor sociocultural, se ha encontrado que las mujeres hispanas, de raza negra, nativas de Alaska e indoamericanas tienen 1.5 veces más probabilidades de tener más de un hijo en comparación con las adolescentes de raza blanca. (16)

Para el año 2011 se reportó un total de 329,797 recién nacidos de adolescentes entre 15 y 19 años de edad. (16)

A pesar que se presentó una reducción en las tasas de embarazos en adolescentes, aún sigue siendo un factor de importancia pues ocasiona costos sociales y económicos. (16)

Para el año 2008, el coste económico fue de casi 11,000 millones de dólares anuales por aumento de atención médica y otros factores relacionados a las gestantes adolescentes. (16)

Además, la gestación en adolescentes es un factor que ha influido directamente en el abandono de los estudios. Aproximadamente el 50% de gestantes adolescentes se gradúan de la secundaria antes de los 22 años de edad en comparación con las adolescentes que no fueron madres y que representan el 90%. (16)

A su vez, esto tiene repercusiones a largo plazo tanto en la gestante como en el hijo, pues puede llevar a situaciones de pobreza, niveles bajos de escolaridad, desarrollarse en hogares desintegrados o con padres solteros, entre otros. (16)

Se ha observado que las adolescentes con limitaciones socioeconómicas, independientemente de su raza, son las de tasas más altas de embarazos y nacimientos. El 57% de estas adolescentes son hispanas y de raza negra. (16)

Otra población de adolescentes con riesgo de embarazo que recibe especial importancia por CDC son las jóvenes que se encuentran en hogares temporales, en algún sitio del sistema penal judicial o las que viven en alguna condición de riesgo. (16)

2.3.4 Hábitos de Riesgo

El abuso de sustancias, incluido el consumo de alcohol y tabaco, se ha relacionado con múltiples efectos adversos perinatales cuando se presenta en la gestación. (10)

Estos hábitos se relacionan con parto pre término, restricción del crecimiento fetal, síndrome de alcoholismo fetal, defectos neuro conductuales e incluso la muerte. Además, el consumo de sustancias se ha relacionado con control prenatal inadecuado, dificultad en la ganancia de peso, entre otros. (10)

2.3.4.1 Consumo de alcohol

Según estudios no existe una cantidad segura de alcohol ni una clase particular que sea seguro para consumir previamente al embarazo o durante el embarazo. (1)

Existen tres áreas donde los médicos deben intervenir al evaluar a las gestantes y el hábito de consumo de alcohol, deben:

- Identificar las mujeres con riesgo de beber.
- Fomentar hábitos saludables por medio de educación e intervención.
- Referir a pacientes con dependencia. (17)

La importancia de ello radica en los conocimientos que se tienen sobre la teratogenicidad del alcohol. El síndrome de alcoholismo fetal es causal de anomalías en el sistema nervioso central, defectos en el crecimiento y dismorfofacial. Los defectos del sistema nervioso central se presentan en particular en fetos que han sido expuestos al alcohol en el período prenatal. Incluso un consumo moderado de alcohol se ha relacionado con afecciones fetales, como defectos cognitivos, problemas emocionales durante la infancia, etc. (17)

El consumo de alcohol durante la gestación también se ha considerado causal de aborto involuntario y complicaciones maternas. (1)

2.3.4.2 Consumo de Tabaco

El consumo de tabaco durante la gestación se ha relacionado con diversas complicaciones perinatales y postnatales, tanto fetales como maternas. Entre algunas se hace referencia a hemorragia posparto, bajo peso neonatal, etc. (10)

Ante esta situación se han desarrollado diversos programas y sugerencias para apoyar a las gestantes a dejar de fumar. Un ejemplo de ello, es el creado en Estados Unidos por el Grupo de Trabajo de Consejería de servicios preventivos (USPSTF) el cual brinda cinco recomendaciones a seguir por el personal de salud al momento del control prenatal:

- Preguntar sobre el consumo de tabaco.
- Asesorar a dejar de fumar.
- Evaluar la voluntad de dejar de fumar.
- Colaborar en la forma de dejar de fumar.
- Seguimiento. (15)

Otra organización la cual ha formulado múltiples programas y brindado apoyo para dejar de fumar, es CDC. Este ha implementado programas con material de diversas índoles, incluyendo afiches y materiales visuales. (18)

Entre las complicaciones atribuidas a este hábito se pueden mencionar el retraso en el crecimiento intrauterino, fetos pequeños para la edad gestacional, parto pre término, muerte fetal, aborto espontáneo, ruptura prematura de membranas ovulares, desprendimiento previo de placenta, defectos en la pared abdominal fetal principalmente gastrosquisis, anomalías cardíacas, criptorquidia, entre otras. (15, 18)

2.3.5 Embarazo no planificado

El embarazo no deseado o no planificado se ve asociado a diversos riesgos en las gestantes y sus hijos. Cuando un embarazo no es planificado, la gestante no es capaz de llevar una preparación adecuada previa, no lleva un adecuado control prenatal, adecuada nutrición, consumo de micronutrientes, no se adoptan hábitos saludables como dejar de consumir alcohol o fumar, entre otros. Además no posee la preparación mental ni emocional para este proceso. (20)

Según un estudio publicado en el 2011, en el año 2006 el 49% de los embarazos no fueron planificados. 4 de cada 5 embarazos se presentaron en mujeres de 19 años o menos. Lo cual presenta que la mayoría de embarazos fue en adolescentes menores de 15 años de edad representando un 98%. (20)

Además también se observaron tasas más altas de embarazo no deseado en mujeres con recursos económicos limitados, o con bajo nivel educativo. (1, 20)

2.3.6 Atención prenatal inadecuada

La American Academy of Pediatrics y ACOG definen el control prenatal como un programa integral de atención previo al parto en el que se incluyen estrategias para la atención médica y apoyo psicosocial. Dicho proceso se inicia antes de la concepción y se prolonga hasta el período después del parto. Este se conforma de atención previa a la concepción, diagnóstico oportuno del embarazo, y las visitas de control prenatal con sus respectivos seguimientos. (1)

Se han creado escalas para evaluar la atención prenatal como el índice de Kessner donde se consideran diversos aspectos como la duración del embarazo, fecha de la primera visita de control prenatal y el número de ellas. Sin embargo, existen limitaciones en estas escalas pues no se evalúa la calidad de la misma. (1)

Según la CDC, en un estudio realizado en el 2000, las mujeres que recibieron atención prenatal tardía o nunca llevaron un control, deseaban haber iniciado antes. Se encontró también relación de diversos factores sociales y éticos, edad y limitación de recursos con una atención prenatal deficiente. (1)

2.4. Efectos adversos perinatales

2.4.1. Aborto

El termino aborto hace alusión a la forma espontánea o provocada de terminación del embarazo previo a las 20 semanas de gestación o cuando el producto del embarazo pesa

menos de 500 gramos. Eso causado de forma provocada o espontánea, antes que el feto tenga posibilidad de sobrevivir. (1)

3. Objetivo de la investigación

3.1 Objetivo General

Identificar los factores psicosociales de riesgo en mujeres con aborto, consultantes al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt.

4. Metodología

4.1 Diseño del estudio

Estudio descriptivo, transversal, observacional.

4.2 Población

Mujeres con aborto, consultantes a los servicios de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt, agosto-septiembre 2015.

4.3 Muestra

4.3.1 Tipo de muestra: No probabilística.

4.3.2 Plan de muestro: no aleatoria. N=73 n=61

5. Criterios de inclusión:

- Mujeres con aborto ingresadas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia que hablen castellano y acepten participar.

6. Técnica:

Entrevista.

7. Instrumento:

- Cuestionario estructurado.

Aceptación de la mujer a contestar la entrevista.

Primero se realizó una explicación verbal por parte del investigador con respecto al estudio. Se les explicó el estudio, su finalidad y los beneficios del mismo, así como la metodología que será responder a la encuesta por una única vez.

En la presente investigación se utilizó una boleta de recolección de datos, la cual es una modificación de las preguntas estándar empleadas en PRAMS durante la ejecución de la fase 6 de su estudio llevado a cabo en el año 2009 (ver anexo 1). Además se incluyeron preguntas elaboradas en base a las necesidades de la presente investigación y conforme a las características de la población a estudio.

Se explicó a las participantes que la información se obtendría por medio de una entrevista que consta de 29 preguntas (ver anexo 2). Se analizaron si los factores psicosociales se encuentran presentes o ausentes en las pacientes con aborto.

Se realizó una entrevista, la cual consta de 3 secciones:

- Primera serie: evalúa las características de la mujer, como: edad, paridad, controles prenatales, nivel socioeconómico, escolaridad.
- Segunda serie: evalúa los factores psicosociales como: consumo de sustancias tóxicas, seguridad donde vive, violencia doméstica, nivel de estrés, deseo de embarazo. Se clasificarán en presentes y ausente.
- Tercera serie: exclusivo de la investigadora, donde anotó los resultados adversos perinatales que se identifiquen (Aborto espontáneo o sospecha de aborto provocado).

8. Definición y operacionalización de variables

Tabla 1. Definición y operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Indicador (Agrupaciones)
Factores de riesgo psicosociales	Conjunto de factores, independientes a los biológicos, que influyen de forma negativa en la salud de la gestante y la salud fetal. Considerándose entre ellos: hábitos de riesgo, factores socioculturales, factores socioeconómicos, situaciones de inestabilidad en el hogar, control prenatal inadecuado.	<p>Escolaridad: Grupos según educación: (20 puntos) -Sin educación o primaria incompleta -Educación primaria completa o secundaria incompleta -Secundaria completa o más</p> <p>Nivel socioeconómico: Dato obtenido de la paciente y se empleó la tabla para estratificación del nivel económico de "Multivex Sigma Dos, Guatemala" para efectuar el cuestionario. Popular: <Q1,100 Bajo: Q1,101- Q2,500 Medio-Bajo: Q2,501- Q10,500 Medio-Alto: Q10,501-Q23,500 Alto: >Q23,500</p> <p>Para crear el indicador de factores epidemiológicos, se consideró ingreso familiar bajo: menos de Q2,501 Ingreso alto: Q2,501 o más y aportó 20 puntos.</p> <p>Paridad: dato obtenido de la paciente Primípara: si ha tenido un hijo. Pequeña múltipara: si ha parido 2 a 4 hijos. Gran múltipara: si ha parido 5 o más hijos.</p> <p>Hábitos de riesgo: consumo de alcohol, tabaco o droga. Dato obtenido de la paciente.</p> <p>Control prenatal: Dato obtenido de la paciente -Citas de control prenatal -Consumo de multivitamínicos previos al embarazo y durante el embarazo. -Realización de ultrasonido.</p>	Cualitativa Nominal	Factores presentes Factores ausentes

		<p>Embarazo deseado o no deseado Datos obtenidos de la paciente.</p> <p>Violencia intrafamiliar: Datos obtenidos de la paciente.</p> <p>Edad: Dato brindado por la paciente.</p>		
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Indicador (Agrupaciones)
Características epidemiológicas	Conjunto de características epidemiológicas personales determinadas por edad, estado civil, escolaridad, ingresos económicos, número de gestas.	<p>Índice con escala de 0 a 100 puntos, resumiendo la condición epidemiológica de la mujer.</p> <p>El valor de 100 puntos representa la mejor condición epidemiológica (menos factores de riesgo).</p> <p>Se determina por: grupo de edad de 26 a 35 años, tener pareja, escolaridad alta, ingreso familiar por arriba de Q2,500, y un buen espaciamiento entre embarazos.</p>	Cualitativa Nominal	<p>-Condición de riesgo alta (más factores de riesgo epidemiológicos): 0 a 50 puntos</p> <p>-Condición de riesgo baja (menos factores de riesgo epidemiológicos): 51 a 100 puntos</p>
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento	Se calcula la edad a partir de la fecha de nacimiento	Cuantitativa de Razón	Años
Hábitos de Riesgo	Consiste en el abuso de sustancias, incluido el consumo de alcohol y tabaco.	Índice con escala de 0 a 100 puntos, representando hábitos de riesgo en las mujeres: fumar, tomar alcohol o uso de drogas.	Cualitativa nominal	<p>Ningún riesgo: 0</p> <p>Riesgo bajo: 1 a 35 puntos</p> <p>Riesgo alto: 36 a 100 puntos</p>
Control Prenatal	Corresponden a un programa integral de atención antes del parto, que incluye una estrategia coordinada para la atención médica, nutricional y apoyo psicosocial, comenzando en forma óptima antes de la concepción y que se prolonga durante todo el embarazo.	<p>Considerando haber tenido al menos una visita de control, tener algún ultrasonido, haber tomado multi-vitaminas durante y previo al embarazo. El valor de 100 puntos representa un excelente control prenatal.</p> <p>-Mujeres con al menos un control prenatal (cita): aportó 30 puntos</p> <p>-Mujeres con ultrasonido: 30 puntos</p> <p>-Consumo de multi-vitaminas en el embarazo: 30 puntos</p> <p>-Consumo de multi-vitaminas</p>	Cualitativa Nominal	<p>Mal control prenatal: 0 a 59 puntos</p> <p>Buen control prenatal: 60 a 100 puntos</p>

		previo al embarazo: 10 puntos		
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Indicador (Agrupaciones)
Consejería	Información brindada por el personal de salud a las mujeres sobre temas de relevancia durante la gestación.	Índice con escala de 0 a 100 puntos, con el cual se resume el que las mujeres hayan recibido consejería sobre embarazo y control prenatal: toma en cuenta si a las mujeres les han hablado sobre: tomar multi-vitaminas, tener peso adecuado, tener vacunas al día, llevar control de diabetes o hipertensión, efecto de fumar, tomar alcohol o consumir drogas sobre el bebé durante el embarazo. El valor de 100 puntos representa una excelente consejería (se le habló de todo lo anterior a la mujer).	Cualitativa Nominal	Consejería deficiente: 0 a 59 puntos Buena consejería: 60 a 100 puntos
Embarazo no deseado/no planificado	Embarazo no previsto el cual se presenta sin previa planificación.	Índice con escala de 0 a 100 puntos, con el cual se resume el deseo por haber tenido el embarazo. El valor de 100 puntos representa un excelente deseo/ planificación del embarazo.	Cualitativa Nominal	Poco deseo: 0 a 59 puntos Buen deseo: 60 a 100 puntos

Percepción de inseguridad	Percepción de la mujer sobre agresión física, verbal o psicológica por parte de la pareja, integrante de la familia, u otra persona.	<p>Índice con escala de 0 a 100 puntos, con el cual se resume la percepción de inseguridad por violencia familiar en el hogar de la mujer.</p> <p>El valor de 100 puntos representa una percepción muy alta de inseguridad.</p> <p>Considerando tener miedo al estar en casa, inseguridad en su hogar, miedo de la pareja, inseguridad en el vecindario.</p>	Cualitativa Nominal	Ninguna inseguridad:0 puntos Con alguna inseguridad: 1 a 100 puntos
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Indicador (Agrupaciones)
Familia segura	Convivir con la pareja o algún integrante de familia, coexistiendo e interactuando en un mismo hogar.	<p>Mujeres que viven con familia segura: si tienen esposo o pareja, viven con él; y si no tienen esposo o pareja, viven con sus padres.</p> <p>Familia segura: -Tienen esposo o pareja y viven con él -No tienen esposo o pareja, y viven con sus padres</p> <p>Mujer insegura: vive sola. Soltera.</p>	Cualitativa Nominal	Familia Segura. Mujer sola.
Aborto	Pérdida del producto de la concepción antes de las 20 semanas de gestación. O un peso estimado fetal menor de 500 gramos. Aborto espontáneo: muerte del feto antes de su viabilidad. Aborto provocado: interrupción intencional del embarazo.	Datos obtenidos de los expedientes de las pacientes. Aborto espontáneo Sospecha de aborto provocado extra hospitalario. (mujeres con aborto referidas por complicaciones o aborto incompleto y con sospecha de haber realizado alguna práctica para provocar el aborto)	Cualitativa Nominal	Si No

9. Plan de procesamiento y análisis de datos

I Metodología estadística

El estudio es principalmente descriptivo, por lo tanto se elaboraron indicadores (variables) para describir las características de las pacientes, tales como edad, presencia de pareja, escolaridad, control prenatal, e inseguridad por violencia familiar; y el único indicador clínico que hace referencia a si el aborto fue espontáneo o sospecha de ser provocado. Para ello, se crearon indicadores que permiten calificar y agrupar a las mujeres de acuerdo con las características evaluadas, y por lo tanto se calcularon promedios (medias y porcentajes), habiéndose calculado también intervalos de confianza al 95%¹ para los mismos.

Debido a que se consideró importante conocer la presencia de asociación entre las características de las pacientes con el único indicador clínico; se llevó a cabo los cruces, evaluando la asociación con pruebas de Chi cuadrado o ANDEVA dependiendo del tipo de indicador (cualitativo o cuantitativo) con el cual se buscó la asociación.

Con el software EPI INFO se construyeron los indicadores y se obtuvo la estadística descriptiva y resultados con Chi cuadrado y ANDEVA (o Kruskal-Wallis), y con el software StatXact se validaron algunos resultados de Chi cuadrado. Se consideró importante controlar el error tipo II en las pruebas de hipótesis, por lo que las hipótesis nulas se rechazaron cuando el valor-p era menor a 0.10.

II Indicadores

II.1 Indicadores de las características epidemiológicas personales

1. **Ind1**: índice con escala de 0 a 100 puntos, con el cual se resume la presencia de características epidemiológicas medidas en las mujeres. El valor de 100 puntos representa la mejor condición epidemiológica, misma que consiste en: pertenecer al grupo de edad de 26 a 35 años, tener pareja, escolaridad alta, ingreso familiar por arriba de Q2,500, y un buen espaciamiento entre embarazos.
2. **Ind1a**: Indicador que agrupa a las mujeres en dos grupos:
 - a. Condición de riesgo alta (más factores de riesgo epidemiológicos): 0 a 50 puntos.
 - b. Condición de riesgo baja (menos factores de riesgo epidemiológicos): 51 a 100 puntos.

Indicadores con los cuales se construyó el indicador **Ind1**:

- a. **Edad**: Edad, en años del paciente
- b. **Gedad**: Grupos de edad:
 - 14 a 18 años: aportaron 5 puntos al indicador **Ind1**
 - 19 a 25 años: aportaron 15 puntos al indicador **Ind1**

¹Intervalo usando fórmula de Fleiss J. 1981. Statistical Methods for Rates and Proportions, 2nd Ed. Pp14

- 26 a 35 años: aportaron 20 puntos al indicador **Ind1**
 - 36 a 48 años: aportaron 10 puntos al indicador **Ind1**
- c. **Gedad1**: Grupos de edad (utilizados para evaluar asociación):
- 14 a 25 años
 - 26 a 48 años
- d. **Escol**: Grupos según educación: aportaron 20 puntos al indicador **Ind1**
- Sin educación o primaria incompleta
 - Educación primaria completa o secundaria incompleta
 - Secundaria completa o más
- e. **Pareja**: Grupos según estado civil: aportaron 20 puntos al indicador **Ind1**
- Casada (20 puntos) o unida (15 puntos)
 - Soltera (5 puntos), divorciada (10 puntos), o viuda (10 puntos)
- f. **Ingfam**: Grupos según ingreso familiar (grupos para este estudio): aportaron 20 puntos al indicador **Ind1**
- Ingreso bajo: menos de Q2,501
 - Ingreso alto: Q2,501 o más
- g. **Anioemb**: Cantidad promedio de años que ha tenido la paciente entre embarazos (espaciamiento): las mujeres con mayor espaciamiento se les calificó con el total de puntos para este indicador, mismo que fue de 22 años (aporte de 20 puntos al indicador **Ind1**), al resto se le hizo proporcional según el tiempo promedio que tenían.

II.2 Indicadores de hábitos de riesgo

3. **Ind2**: índice con escala de 0 a 100 puntos, con el cual se resume la presencia de hábitos de riesgo medidas en las mujeres: fumar, tomar alcohol o uso de drogas. El valor de 100 puntos representa la presencia de los tres malos hábitos.
4. **Ind2a**: Indicador que agrupa a las mujeres en dos grupos:
- a. Ningún riesgo: 0
 - b. Riesgo bajo: 1 a 35 puntos
 - c. Riesgo alto: 36 a 100 puntos

Variables con los cuales se construyó el indicador **Ind2**:

- a. **P8**: Fuma o fumaba : aportó 33.33 puntos al indicador **Ind2**
- c. **P9**: Consume o consumía alcohol al menos un año antes de quedar embarazada: aportó 33.33 puntos al indicador **Ind2**
- d. **P10**: Consume o consumía drogas: aportó 33.33 puntos al indicador **Ind2**

II.3 Indicadores de control prenatal

5. **Ind3**: índice con escala de 0 a 100 puntos, con el cual se resume el control prenatal: haber tenido al menos una visita de control, tener algún ultrasonido, haber tomado multi-vitaminas durante y previo al embarazo. El valor de 100 puntos representa un excelente control prenatal.

6. **Ind3a:** Indicador que agrupa a las mujeres en dos grupos:
- Pobre control prenatal: 0 a 59 puntos
 - Buen control prenatal: 60 a 100 puntos

Indicadores con los cuales se construyó el indicador **Ind3:**

- Contp:** Mujeres con al menos un control prenatal : aportó 30 puntos al indicador **Ind3**
- Ultras:** Mujeres con ultrasonido: aportó 30 puntos al indicador **Ind3**
- Multiv:** Mujeres con multi-vitaminas en el embarazo : aportó 30 puntos al indicador **Ind3**
- Multiv1:** Mujeres con multi-vitaminas previo al embarazo : aportó 10 puntos al indicador **Ind3**

II.4 Indicadores de consejería

7. **Ind4:** índice con escala de 0 a 100 puntos, con el cual se resume el que las mujeres hayan recibido consejería sobre embarazo y control prenatal: toma en cuenta si a las mujeres les han hablado sobre: tomar multi-vitaminas, tener peso adecuado, tener vacunas al día, llevar control de diabetes o hipertensión, efecto de fumar, tomar alcohol o consumir drogas sobre el bebé durante el embarazo. El valor de 100 puntos representa una excelente consejería (se le habló de todo lo anterior a la mujer).
8. **Ind4a:** Indicador que agrupa a las mujeres en dos grupos:
- Consejería baja: 0 a 59 puntos
 - Buena consejería: 60 a 100 puntos

II.5 Indicadores que expresan el deseo de haber querido el embarazo

9. **Ind5:** índice con escala de 0 a 100 puntos, con el cual se resume el deseo por haber tenido el embarazo. El valor de 100 puntos representa un excelente deseo.
10. **Ind5a:** Indicador que agrupa a las mujeres en dos grupos:
- Poco deseo: 0 a 59 puntos
 - Buen deseo: 60 a 100 puntos

Variables con las cuales se construyó el indicador **Ind5:**

- P16:** respuesta a la pregunta ¿cómo describiría que ha sido este embarazo para usted?: aportó hasta 20 puntos al indicador **Ind5**
- P21:** respuesta a la pregunta ¿su embarazo fue planificado? : aportó hasta 20 puntos al indicador **Ind5**
- P22:** respuesta a la pregunta ¿cómo se siente su pareja respecto al embarazo actual? : aportó hasta 20 puntos al indicador **Ind5**
- P23:** respuesta a la pregunta ¿cómo se siente usted por estar embarazada?: aportó hasta 20 puntos al indicador **Ind5**

- i. **P24:** respuesta a la pregunta ¿cómo se sintió al enterarse que estaba embarazada?: aportó hasta 20 puntos al indicador **Ind5**

II.6 Indicadores que expresan la percepción de inseguridad

11. **Ind6:** índice con escala de 0 a 100 puntos, con el cual se resume la percepción de inseguridad por violencia familiar en el hogar de la mujer. El valor de 100 puntos representa una percepción muy alta de inseguridad.

12. **Ind6a:** Indicador que agrupa a las mujeres en dos grupos:

- a. Ninguna inseguridad: 0 puntos
- b. Con alguna inseguridad: 1 a 100 puntos (el valor más alto fue de 25 puntos)

Variables con las cuales se construyó el indicador **Ind6:**

- j. **P17:** respuestas a aseveraciones con respecto a: tener miedo al estar en casa, inseguridad en su hogar, miedo de la pareja: aportó hasta 50 puntos al indicador **Ind5**
- k. Respuestas a las siguientes frases (cada una aportó 10 puntos al ind6):
 - a. **P25:** respuesta a la frase: su esposo o pareja la amenazó o la ha hecho sentir insegura.
 - b. **P26:** respuesta a la frase: siente miedo sobre su seguridad o la de su familia por el trato que le ha dado su esposo o pareja.
 - c. **P27:** respuesta a la frase: su esposo o pareja la ha obligado a alguna actividad sexual en la cual usted no quisiera participar.
 - d. **P28:** respuesta a la frase: antes de quedar embarazada usted sufría de abuso físico.
 - e. **P25:** respuesta a la frase: durante el embarazo ha sufrido de abuso físico.

II.7 Indicadores que expresan que la mujer vive con familia segura

1. **Ind7:** Mujeres que viven con familia segura: si tienen esposo o pareja, viven con él; y si no tienen esposo o pareja, viven con sus padres.

- a. **Ind7a:** Tienen esposo o pareja y viven con él
- b. **Ind7b:** No tienen esposo o pareja, y viven con sus padres

II.8 Indicador clínico

13. **Aborto:** Indicador que agrupa a las mujeres en dos grupos:

- a. Mujeres con aborto espontáneo.
- b. Mujeres con sospecha de aborto provocado referidas por aborto incompleto o complicaciones.

10. Procedimiento

Primera etapa: Obtención aval institucional.

- Autorización por el Comité de Tesis de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Rafael Landívar.
- Autorización por parte del Departamento de Ginecología y Obstetricia.
- Autorización por parte del comité de Docencia e Investigación del Hospital Roosevelt.

Segunda etapa: Validación del instrumento de recolección de datos.

- Antes del inicio de la recolección de datos, se seleccionó a 10 mujeres voluntarias con características semejantes a la población de estudio para responder a las preguntas del instrumento de recolección de datos.
- Se observó las dificultades del instrumento y se midió el tiempo promedio de llenado del instrumento. Se corrigieron los errores encontrados al instrumento.

Tercera etapa: Identificación de la población y solicitud de aceptar responder la entrevista.

- Se seleccionó al grupo de participantes de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión anteriormente descritos.
- Se les explicó el estudio y se les resolvieron dudas.
- Las mujeres que estuvieron de acuerdo a ser parte del estudio se les pasó la entrevista.

Cuarta etapa: Recolección de datos.

- Se presentó al departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Roosevelt y se seleccionaron las participantes, en base a los criterios de inclusión y exclusión.
- Se seleccionaron las mujeres con aborto espontáneo y aborto provocado y se les pasó la entrevista para identificar características de la mujer y factores psicosociales.
- Se seleccionaron las pacientes consultantes y de forma individual, con lenguaje claro, se les explicó el propósito, objetivos, importancia y utilidad del estudio, así como sus riesgos e inconvenientes.
- Este procedimiento se efectuó en agosto y septiembre hasta completar la muestra.
- Se les pasó la boleta de recolección de datos que consta de tres series:
 - Primera serie: evaluó las características de la mujer, como: edad, paridad, controles prenatales, nivel socioeconómico, escolaridad.
 - Segunda serie: evaluó los factores psicosociales como: consumo de sustancias tóxicas, seguridad donde vive, violencia doméstica, nivel de estrés, deseo de embarazo. Se clasificó en presentes, si posee un factor, dos factores o más de dos factores, ausente.

- Tercera serie: exclusivo de la investigadora, se anotaron los resultados adversos perinatales que se identificaron.

Quinta etapa: Tabulación y análisis de los datos

- Recolectada toda la información, se procederá con la introducción de los datos obtenidos de la boleta de recolección de datos.
- Se crearán indicadores para calificar y agrupar a las mujeres de acuerdo con las características evaluadas.
- Se calcularán promedios (medias y porcentajes).
- Serán empleadas las pruebas de Chi cuadrado o ANDEVA dependiendo del tipo de indicador (cualitativo o cuantitativo) para la búsqueda de la asociación.
- Con el software EPI INFO se construirán indicadores y se elaborará la estadística descriptiva y resultados con Chi cuadrado y ANDEVA (o Kruskal-Wallis).
- Utilizando el software StatXact serán validados algunos resultados de Chi cuadrado.

11. Alcances y limitantes de la investigación

1 1.1 Alcances:

- Este estudio identificó algunos factores psicosociales de la mujer que tiene aborto espontáneo o sospecha de aborto provocado.
- No existen estudios en esta población que identifiquen estos aspectos importantes de indagar en la mujer gestante.
- Este estudio aportará información valiosa acerca del estado psicológico y hábitos tóxicos de la mujer. Es importante ya que identificando factores de riesgo se pueden prevenir complicaciones mayores en este binomio de madre y feto.
- Se pretende atender integralmente a la mujer al momento de la gestación.
- Se espera que con los resultados obtenidos se puede implementar el interrogatorio de aspectos psicosociales de las mujeres gestantes al momento del control prenatal o consultas a emergencia, ya que las mujeres que consultan al Departamento de Ginecología y Obstetricia son pacientes con embarazo de alto riesgo.
- Al emplear de forma adecuada el interrogatorio durante el control prenatal (en la consulta inicial, y una vez cada trimestre) se podrán detectar factores de riesgo y ante dicha situación poder realizar una intervención oportuna brindando información a las madres sobre programas de apoyo o atención requerida para evitar consecuencias adversas tanto de la gestante como del feto.

11.2 Limitantes:

- Es un estudio que se limita a una población y en un período de tiempo específico.

12 Aspectos éticos en la investigación

- Las personas involucradas en el estudio recibieron previo a participar en él una explicación verbal del propósito del estudio, las fases del mismo, el procedimiento propuesto y la libertad que tienen de participar o no del mismo.
- En todo momento se guardó confidencialidad de las respuestas de cada persona, los resultados solo fueron utilizados con propósito estadístico para poder hacer un análisis de todo el estudio.

13. Resultados

El estudio se llevó a cabo con información de un total de 61 pacientes, consultantes al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt.

La muestra empleada fue n=61 correspondiente a pacientes con aborto espontáneo o pacientes referidas a este establecimiento por complicaciones o aborto incompleto por sospecha de aborto provocado en los meses de agosto y septiembre del año 2015.

- **Caracterización epidemiológica de las pacientes**

Cuadro 1: Indicadores de las características personales, Hospital Roosevelt Guatemala, 2015 n=61		
Característica	Cantidad de pacientes	Media o porcentaje (IC 95%)
<i>Media del índice de las características epidemiológicas</i> <i>Mediana = 49.3puntos</i>		48.0 puntos (44.8 a 51.2)
<i>Indicador epidemiológico</i>	Condición de riesgo baja	32 52.5% (39.3 a 65.4)
	Condición de riesgo alta	29 47.5% (34.6 a 60.7)

Fuente: Boleta de recolección de datos

- **Indicadores de hábitos de riesgo**

Cuadro 2: Indicadores de hábitos de riesgo. n=61		
Indicador	Cantidad de pacientes	Media o porcentaje (IC 95%)
<i>Media del índice de hábitos de riesgo</i>		15.3 puntos (7.9 a 22.7)
<i>Agrupación</i>	Ningún riesgo	51 83.6% (71.9 a 91.8)
	Riesgo bajo	10 16.4% (8.2 a 28.1)
	Riesgo alto	0 0.0% (0.1 a 7.6)

Fuente: Boleta de recolección de datos

- **Indicadores de control prenatal**

Cuadro 3: control prenatal. n=61			
Indicador		Cantidad de pacientes	Media o porcentaje (IC 95%)
Media del índice de control prenatal <i>Mediana = 30.0 puntos</i>			32.8 puntos (25.0 s 40.6)
Agrupación	Mal control prenatal	41	67.2% (54.0 a 78.7)
	Buen control prenatal	20	32.8% (21.3 a 46.0)

Fuente: Boleta de recolección de datos

- **Indicadores de consejería.**

Cuadro 4: Indicadores de consejería brindada a la mujer post aborto n=61			
Indicador		Cantidad de pacientes	Media o porcentaje (IC 95%)
Media del índice de consejería <i>Mediana = 71.4 puntos</i>			68.4 puntos (60.8 a 76.0)
Agrupación	Consejería deficiente	22	36.1% (24.2 a 49.4)
	Buena consejería	39	63.9% (50.6 a 75.8)

Fuente: Boleta de recolección de datos

- **Indicadores que expresan el deseo de haber querido el embarazo**

Cuadro 5: Deseo de querer el embarazo n=61			
Indicador		Cantidad de pacientes	Media o porcentaje (IC 95%)
Media del índice de expresión de deseo del embarazo <i>Mediana = 68 puntos</i>			69.5 puntos (64.7 a 74.3)
Agrupación	Poco deseo	19	31.1% (19.9 a 44.3)
	Buen deseo	42	68.9% (55.7 a 80.1)

Fuente: Boleta de recolección de datos

- **Indicadores que expresan la percepción de inseguridad**

Cuadro 6: Percepción de inseguridad n=61			
Indicador		Cantidad de pacientes	Media o porcentaje (IC 95%)
Media del índice de expresión la percepción de inseguridad <i>Mediana = 0.0 puntos</i>			0.8 puntos (0.1 a 1.6)
Agrupación	Ninguna inseguridad	56	91.8% (81.9 a 97.3)
	Alguna inseguridad	5	8.2% (2.7 a 18.1)

Fuente: Boleta de recolección de datos

- **Indicadores que expresan que la mujer vive con familia segura (estabilidad familiar)**

Cuadro 7: Percepción de las mujeres post aborto n=61		
Indicador	Cantidad de pacientes	Media o porcentaje (IC 95%)
Mujeres sin familia segura	7	11.5%
Mujeres que viven con familia segura	54	88.5% (77.8 a 95.3)

Fuente: Boleta de recolección de datos

- **Indicador clínico**

Cuadro 8: Mujeres post aborto n=61			
Indicador		Cantidad de pacientes	Porcentaje (IC 95%)
Aborto	<i>Aborto espontáneo</i>	49	80.3% (68.2 a 89.4)
	<i>Sospecha de aborto provocado extra hospitalario</i>	12	19.7% (10.6 a 31.8)

Fuente: Boleta de recolección de datos

- **Indicadores en pacientes con aborto espontáneo**

Cuadro 9: Indicadores y variables que se asociaron a aborto espontáneo con un alfa=0.10.			
Indicador	Mujeres con aborto espontáneo	Porcentaje	Valor-p
Presencia de pareja	Mujeres sin pareja viviendo en el hogar	40%	0.01052
	Mujeres unidas o con esposo en el hogar	92.5%	
Planificación del embarazo	Embarazo no planificado	72.1%	0.03174
	Embarazo planificado	100%	
Sentimiento de emoción por el embarazo	No emocionadas por el embarazo	14.3%	0.00031
	Emocionadas por el embarazo	88.9%	

-Media de puntaje en variables cualitativas (Chi cuadrado) y cuantitativas (ANDEVA)

Fuente: Boleta de recolección de datos

*Los valores de Chi cuadrado y ANDEVA fueron calculados con datos de la base de datos, la cual no se encuentra disponible en el trabajo. Cada asociación fue calculada de forma individual y por lo tanto, los porcentajes expresados en el cuadro 9 no sumaran 100.

El porcentaje de mujeres con aborto espontáneo es mayor en las mujeres que tienen esposo o pareja y viven con él (92.5%), en comparación con las mujeres que tienen pareja pero que no viven con él (40.0%). La probabilidad de que sea un aborto espontáneo es 20 veces (Odds Ratio) en mujeres que tienen pareja y viven con él, en comparación con mujeres que tienen pareja, pero no viven con él.

El porcentaje de mujeres con aborto espontáneo es mayor en las mujeres que planificaron el embarazo (100%), en comparación con las mujeres que no lo planificaron (72.1%).

El porcentaje de mujeres con aborto espontáneo es mayor en las mujeres que manifestaron sentirse emocionadas por el embarazo (88.9%), en comparación con las mujeres que no lo manifestaron (14.3%). La probabilidad de que sea un aborto espontáneo es 50 veces (Odds Ratio) en mujeres que manifestaron sentirse emocionadas por el embarazo, en comparación con mujeres que no lo manifestaron.

*Para mayor información sobre la base de datos, cuadros de indicadores y valores expresados en el cuadro 9, comunicarse a www.marroldan-90@hotmail.com, pues en la presente investigación no se adjunta.

14. Análisis y Discusión de Resultados

- **Caracterización epidemiológica de las pacientes**

Según estudios efectuados por ACOG, se ha considerado que los recursos económicos limitados repercuten de forma negativa; manifestándose con efectos perinatales adversos. En la caracterización epidemiológica del presente estudio se encontró que el 86.9% de las participantes eran de condición económica baja. Lo cual presenta concordancia con lo encontrado en los estudios efectuados por dicha organización. (21)

El grupo etario más afectado por efectos perinatales adversos (aborto espontáneo o aborto provocado), es el comprendido entre 14 a 25 años con 57.4%. El hallazgo de esto difiere con estudios efectuados en países en vías de desarrollo y en Ecuador por el Ministerio de Salud Pública en el año 2005, cuyo porcentaje en pacientes con aborto espontáneo representa únicamente del 10 al 12% en adolescentes, e incrementa progresivamente con la edad en especial cuando esta es mayor a 40 años de edad. (25)

Por otra parte, un estudio realizado en el Hospital José Domingo de Obaldía en Panamá, presenta que el grupo etario afectado por aborto es el comprendido entre 20 a 24 años y el de 25 a 29 años con un 24 y 23 % respectivamente. La edad promedio fue de 27.3 años; lo que se relaciona y apega a las características encontradas en el presente estudio, donde los grupos etarios de 19 a 25 años y de 26 a 35 años, representan el 31.1% y 32.8% respectivamente. Y la media de edad es de 24.8 años. (27)

Dichas características también tienen concordancia con un estudio efectuado en el Hospital Nacional de Jutiapa, en el año 2001, donde el grupo etario mayormente afectado era de los 20 a 29 años de edad con un 44% y con tendencia a disminuir conforme aumenta la edad. Al igual que en el presente estudio donde las pacientes de 36 a 48 años únicamente representan el 9.8%. (27)

Al considerar la variable de nivel de escolaridad, se evidencia que la mayoría de las pacientes corresponden al grupo comprendido en las que tienen estudios de primaria completa o secundaria incompleta, representando el 47.5%; esto se puede correlacionar según hallazgos presentados en el Hospital Civil de Guadalajara, México; donde relacionan una mayor incidencia de muerte fetal con niveles de escolaridad bajos. (26)

Se determinó que el 73.8% de las participantes se encontraba al momento de presentar el aborto en un estado civil estable pues estaban casadas o unidas; Y únicamente el 26.2% solteras.

Al tener en cuenta las características epidemiológicas mencionadas previamente y agrupando a las participantes en dos grupos: de condición baja y alta; se presenta que el indicador epidemiológico se evidencia en 47.5%; y, por ende tienen múltiples aspectos epidemiológicos desfavorables.

- **Indicadores de hábitos de riesgo**

Las pacientes que hicieron referencia al consumo de alcohol previo al embarazo o durante el mismo, representan el 21.3%. Según estudios esto coloca a las gestantes en una situación de riesgo en el desarrollo de la gestación. (1)

Otros hábitos de riesgo, los cuales se han encontrado como posibles teratogénicos, inductores de aborto o parto prematuro, son el consumo de tabaco o alguna droga. En la investigación se encontró que el 19.7% de las participantes fumaba y 4.9% consumía alguna droga. (15, 18)

Al agrupar los hábitos de riesgo se evidenció que el 16.4% de pacientes se encontraba en riesgo bajo y el 83.6% no presentaba riesgo alguno. Sin embargo, hay que tener en cuenta que a pesar de ser tan solo el 16.4%, las pacientes con hábitos de riesgo deben ser apoyadas para corregir dichas prácticas pues se ha evidenciado que pueden ser prevenidos efectos adversos perinatales al brindar detección y atención oportuna. (1, 11, 14)

- **Indicadores de control prenatal**

Para considerar que la gestante lleva un control prenatal adecuado, es necesario cumplir con ciertos requisitos, entre los que se menciona el consumo de micronutrientes, asistencia a citas de control según la edad gestacional, efectuarse ultrasonidos de control, entre otros. (1)

Al agruparlos indicadores mencionados previamente, se encontró que la mayoría de participantes han tenido un mal control prenatal pues representan el 67.2%.

De las participantes, el 59.0% tuvo control prenatal en algún servicio de salud o con alguna persona capacitada. Por otra parte, únicamente el 21.3% se había efectuado algún ultrasonido previo al aborto.

En lo referente al consumo de micronutrientes, el 3.3% los consumía previo a la concepción y el 27.9% los consumía previos al aborto.

- **Indicadores de consejería**

Una parte fundamental en el control prenatal es la educación e información brindada por el médico o personal de salud capacitado a la gestante. Estudios efectuados han demostrado que en ocasiones no se brinda capacitación a las gestantes sobre prácticas adecuadas a realizar durante el embarazo o bien, no se realizan intervenciones oportunas por un mal interrogatorio. (1, 2, 13)

Al evaluar conocimientos sobre la necesidad de ingerir multi vitamínicos, peso adecuado, esquema de vacunación completo, atención especializada de pacientes con patologías como diabetes e hipertensión, signos de peligro o alarma y efectos adversos que tiene sobre el feto los hábitos de riesgo. Al analizarlos en conjunto se obtuvo que el 63.9% de las participantes con aborto, habían recibido una adecuada consejería.

- **Indicadores que expresan el deseo de haber querido el embarazo**

Según estudios efectuados, es necesario planificar la gestación para tener una preparación adecuada, para iniciar con la ingesta de multi vitamínicos, dejar hábitos de riesgo, recibir capacitación, entre otros; y de esta forma garantizar la salud del binomio materno-fetal. Esto adquiere especial importancia, por el hecho que el feto se desarrolla principalmente en las primeras 8 semanas de gestación. (20, 28)

El 68.9% de las participantes del estudio, expresaron el deseo de quedar embarazadas, con una media de 69.5%. Sin embargo, el 29.5% no planificaron el embarazo. Esto en contraste con la literatura la cual hace alusión a que aproximadamente el 40% de 182 millones de embarazos anualmente a nivel mundial son no deseados. (30)

Por otra parte, se evidenció que posterior a recibir la noticia de encontrarse en gestación, la mayoría tuvo respuestas favorables; encontrándose emocionadas, felices por ser una nueva experiencia y con deseos de comprar y cuidar del producto de la concepción, representando el 88.5%, 85.2% y 100% respectivamente.

- **Indicadores que expresan la percepción de inseguridad**

El abuso y la violencia han sido relacionadas con diversos efectos adversos en la salud materno-fetal. La violencia domestica afecta aproximadamente al 35% de las mujeres que consultan los servicios de emergencias. Sin embargo, se ha evidenciado que las gestantes que acuden a los servicios de salud, en el primer contacto con el personal de salud, niegan la violencia o el abuso. (11, 14, 29)

De las pacientes, 3.3% expresaron sentir miedo al estar en casa, 6.6% sentirse inseguras en su hogar y 1.6% sentir miedo de su pareja. Ninguna de las participantes refirió algún tipo de abuso. La mayoría de pacientes niegan sentirse inseguras representando el 91.8%. Lo cual, puede correlacionarse con literaturas internacionales, que hacen alusión a que en el primer contacto muy pocas veces las mujeres revelan la inseguridad del contexto en que se desarrollan. (11, 14)

En cuanto a vivir en un hogar seguro y estable, un 88.5% de las mujeres tienen una familia segura. De estas 88.9% tienen una pareja que reside a su lado y el 19.7% que no tienen pareja, residen con sus padres.

- **Indicador Clínico**

Con relación al aborto provocado, según literatura, en Guatemala 36% de los embarazos no planeados anuales se resuelven a través de aborto inducido. (30)

Según un estudio efectuado en Guatemala en el año 2006 por Sigh S., el aborto provocado y efectuado de forma clandestina es una práctica común que se encuentra subdocumentada, pues se trata de una práctica ilegal. Además, refiere que gran parte de las pacientes necesitan tratamiento posterior al aborto. (31)

El Programa de Atención Post Aborto del Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva (CIESAR), reportó que, en julio del 2003 a diciembre de 2004; 13,928 abortos incompletos recibieron atención en 22 hospitales públicos por complicaciones. (31)

En el presente estudio se evidenció que 19.7% (12) de las pacientes fueron referidas por sospecha de aborto provocado, y en el Hospital Roosevelt únicamente se les brindó atención por aborto incompleto o las complicaciones del mismo.

Es importante hacer énfasis, en que los resultados obtenidos son en base a sospecha de aborto provocado según información brindada por las pacientes; pues en el Hospital Roosevelt no se practica y es considerado ilegal en Guatemala.

15. Conclusiones

1. La deficiencia en el control prenatal fue el indicador más frecuente.
2. Las pacientes con aborto espontáneo expresaron aceptación del embarazo, tenían hogar integrado y menos indicadores de riesgo.
3. Las pacientes con sospecha de aborto provocado extra hospitalario fueron las más jóvenes (media=19.5 años).
4. La mayoría de pacientes tenía factores epidemiológicos de riesgo.

16. Recomendaciones

1. Dar a conocer abiertamente los factores biopsicosociales de riesgo que las mujeres pueden sufrir al momento de la gestación, con el fin que la mujer los identifique tempranamente.
2. Fomentar la creación del vínculo médico-paciente durante las citas de control prenatal de la gestante, para que esta sea capaz de hablar de estos padecimientos y así reducir el riesgo de complicaciones materno fetales.
3. Fomentar en el personal de salud la evaluación integral de la gestante considerando no solo los factores biomédicos sino también el entorno social y familiar de la paciente.
4. Crear un protocolo de atención, evaluación y seguimiento de los factores biopsicosociales de la mujer al momento de la gestación, para que el personal médico y paramédico lo ponga en práctica al momento del control prenatal y evaluación en emergencia.
5. Fomentar en el personal de salud la importancia de efectuar de forma integral y adecuada el interrogatorio de las gestantes, haciendo especial énfasis en adolescentes, detección de violencia intrafamiliar y deseo del embarazo.

17. Referencias Bibliográficas

- 1) Cunningham G, et al. Williams Obstetricia, 23 ed., McGraw Hill Interamericana, México D.F, 2011. P. 195-197.
- 2) Romero G, Cruz VH, Regalado CA, Ponce AL. Prevalence of violence against pregnant women and associated maternal and neonatal complications in Leon, Mexico, Octubre 2011. Accedido Julio 2013. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20870319>.
- 3) Jesse ED, Seaver W, Wallace D. Maternal psychosocial risks predict preterm birth in a group of women from Appalachia. 2003. Elsevier. Accedido en junio 2013. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12946335>
- 4) Castaño JJ, Esquivel VM, Osorio P, Páez ML, Rico LM, et al. Características de madres gestantes y sus recién nacidos en relación con la edad de las madres en el departamento de Caldas (Colombia), 2003-2008. [Monografía en Línea], Colombia, 2008. Accedido 20 junio 2013. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273819434002>
- 5) Katz K, Blake SM, Milligan RA, Sharps PW, White DB, et al. The design, implementation and acceptability of an integrated intervention to address multiple behavioral and psychosocial risk factors among pregnant African American women, BMC Pregnancy and Childbirth. [Monografía en Línea] 2008. Accedido en agosto 2013. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/8/22>
- 6) Ramírez GE, Juárez CG, Pérez JS, Embarazo en adolescentes complicaciones obstétricas, prenatales y perinatales. Estudio descriptivo retrospectivo realizado en el departamento de Gineco-Obstetricia de los Hospitales Nacionales: Pedro de Betancourt, La Antigua Guatemala, Chimaltenango y Cuilapa, Santa Rosa, durante el periodo de enero de 2002 a enero 2007. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. [Tesis de licenciatura] agosto 2008.
- 7) Hernández Yon, BE. Factores maternos que influyen en el trabajo de parto premature, Universidad Mariano Gálvez, Guatemala. [Tesis de licenciatura] enero 2008.
- 8) Osorno LO, Watty CC, Vázquez FA, Velázquez JD, Echeverría M. Influencia de los antecedentes maternos en la mortalidad neonatal.
- 9) The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), acog today, (ACOG), acog today, News and information important to you and your practice, all pregnant patients should undergo psychosocial screening. [Monografía en Línea] Washington DC, pág. (1 y 13). 2006. Accedido en: mayo 2014. Disponible en: <https://www.acog.org/~media/ACOG%20Today/acogToday0806.pdf?dmc=1&ts=20140613T1206209784>
- 10) Lapp T. Practice Guidelines, ACOG Addresses Psychosocial Screening in Pregnant Women. (Monografía en línea). 2000. Accedido el 2 de febrero 2014. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2000/1215/p2701.html>

- 11) Hillard PA, Jones R, Chambliss L, ACOG/ CDC Centers for Disease Control and Prevention. Intimate Partner Violence During Pregnancy, A Guide for Clinicians. [monografía en línea] Atlanta, 2013. Screen Show and Lecture Notes. Slides 11-20. Accedido el 8 de mayo 2014. Disponible en:
<http://www.cdc.gov/reproductivehealth/violence/intimatepartnerviolence/sld011.htm#14>

- 12) Centers for Disease Control and Prevention. Division of Reproductive Health. PRAMS Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. [monografía en línea] Atlanta, 2013. Accedido el 8 mayo 2014. Disponible en:
<http://www.cdc.gov/prams/aboutprams.htm>

- 13) Midmer D, Carroll J, Bryanton J, Stewart D. Canadian journal of public health. From Research to Application: The Development of an Antenatal Psychosocial Health Assessment Tool. [Monografía en Línea] Canadá, 2002. Accedido 20 abril 2014. Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/303-303-1-PB.pdf>

- 14) The American College of Obstetricians and Gynecologists womens health care physicians. Committee opinion. Committee on Health Care for Underserved Women. Intimate Partner Violence. Number 518. [Monografía en Línea] Washington DC febrero 2012. Accedido 21 de abril 2014. Disponible en:
<http://www.cdc.gov/reproductivehealth/violence/intimatepartnerviolence/index.htm>

- 15) Katz K, Blake S, Milligan R, Sharps P, White D, Rodan M, the design, implementation and acceptability of an integrated intervention to address multiple behavioral and psychosocial risk factors among pregnant African American Women. [monografía en Línea] Washington DC 2008. Accedido 21 abril 2014. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/8/22>

- 16) División de Salud Reproductiva, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Embarazo en la adolescencia. [Monografía en línea] Washington DC 2013. Accedido mayo 2014. Disponible en:
<http://www.cdc.gov/TeenPregnancy/AboutTeenPreg-Spanish2.html>

- 17) The American College of Obstetricians and Gynecologists womens health care physicians. Committee opinion. Committee on Health Care For Underserved Women. At Risk Drinking and Alcohol Dependence: Obstetric and Gynecologic Implications. 2013. [Monografía en Línea]. Accedido el 19 abril 2014. Disponible en:
https://www.acog.org/Resources_And_Publications/Committee_Opinions/Committee_on_Health_Care_for_Underserved_Women/At-Risk_Drinking_and_Alcohol_Dependence_-_Obstetric_and_Gynecologic_Implications

- 18) Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Especiales

- [monografía en línea] Washington DC. 2013. Accedido abril 2014. Disponible en: http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/EmbarazoFumar/Afiche_Riesgos_Embarazo_tabaquismo.pdf
- 19) Finer L, Zolna M. Unintended pregnancy in the United States: Incidence and disparities, 2006. US National Library of Medicine, National Institutes of Health. 2011. Accedido el 6 de Mayo 2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3338192/>
- 20) Centers for Disease Control and Prevention. Division of Reproductive Health. Unintended Pregnancy Prevention, Atlanta, 2013. Accedido el 8 mayo 2014. Disponible en: <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/UnintendedPregnancy/index.htm>
- 21) The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), acog today, News and information important to you and your practice, Research for preterm birth needed, Washington DC, pág. (12). 2006. Accedido mayo 2014. Disponible en: <https://www.acog.org/~media/ACOG%20Today/acogToday1106.pdf?dmc=1&ts=20140613T1152015986>
- 22) Purizaca M. Modificaciones Fisiológicas en el embarazo. Lima 2010. [Monografía en Línea] Accedido 10 de junio 2014. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a10v56n1.pdf
- 23) Menéndez Guerrero G. Navas Cabrera I., Hidalgo Rodríguez Y. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. [monografía en línea] Cuba, 2012. Accedido el 10 de junio 2014. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a10v56n1.pdf
- 24) Centros para el Control y la Prevención de enfermedades. Nacimiento prematuro. [Monografía en Línea] Atlanta 2012. Consultado el 11 de junio de 2014. Disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/NacimientoPrematuro/>
- 25) Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Guía de Práctica Clínica (GPC). [Monografía en Línea] Quito, 2013: 1 edición. Dirección Nacional de Normatización. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_aborto_espontaneo.pdf
- 26) Panduro G., Pérez J., Panduro E., Castro J., Vásquez M., Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía, Hospital Civil de Guadalajara, México. Revista Chilena de Obstetricia y ginecología [Monografía en Línea] Chile, 2011. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000300006
- 27) Castillo Pinzón R., Castellón M., Características de las pacientes con diagnóstico de aborto en el Hospital José Domingo de Obaldía de enero 2007 a diciembre 2010. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología Vol. 18, número 4.

- Octubre- diciembre 2013. Disponible en:
file:///C:/Users/usuario/Downloads/octubre-diciembre.pdf
- 28) The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Acogtoday, Womenshealthcarephysicians, patienteducation, El Embarazo, La planificación de su embarazo, 2015, Folleto Educativo, Disponible en:
<http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/La-planificacion-de-su-embarazo>
- 29) The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Acog today, Womens health care physicians, patient education, Violenciadoméstica, 2015, FolletoEducativo, Disponible en: <http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Violencia-domestica>
- 30) Ortiz Castro L., Universidad de San Carlos de Guatemala, Factores Condicionantes del embarazo no deseado, estudio cualitativo realizado en mujeres de 10 a 55 años de edad en un departamento de occidente de Guatemala marzo-abril 2010, Tesis, septiembre2010, Disponible en:
http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8829.pdf
- 31) Singh S., Prada E., Kestler E., Aborto inducido y embarazo no planeado en Guatemala, [Monografía en Línea], Guatemala 2003, disponible en:
<https://www.guttmacher.org/pubs/journals/3213606S.pdf>

18. Anexos

18.1 Anexo

Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS)

Phase 6 Standard Questions

NOTE: Skip A1–A5 if the mother was not trying to get pregnant (Core 12).

A1 is required if A2, A4 is A5 are used.

BEFORE A1, insert instruction box that says, “If you were not trying to get pregnant when you got pregnant with your new baby, go to Question...”

A1. Did you take any fertility drugs or receive any medical procedures from a doctor, nurse, or other health care worker to help you get pregnant with your *new* baby? (This may include infertility treatments such as fertility-enhancing drugs or assisted reproductive technology.)

No ≡ **Go to Question ##**

Yes

A2. Did you use any of the following fertility treatments *during the month you got pregnant with your new* baby? Check all that apply

Fertility-enhancing drugs prescribed by a doctor (fertility drugs include Clomid®, Serophene®, Pergonal®, or other drugs that stimulate ovulation)

Artificial insemination or intrauterine insemination (treatments in which sperm, but NOT eggs, were collected and medically placed into a woman’s body)

Assisted reproductive technology (treatments in which BOTH a woman’s eggs and a man’s sperm were handled in the laboratory, such as in vitro fertilization [IVF], gamete intrafallopian transfer [GIFT], zygote intrafallopian transfer [ZIFT], intracytoplasmic sperm injection [ICSI], frozen embryo transfer, or donor embryo transfer)

Other medical treatment ≡ Please tell us:

I wasn’t using fertility treatments during the month that I got pregnant with my new baby

A3 is now Q7.

A4. How long had you been trying to get pregnant *before* you took any fertility drugs or used any medical procedures to help you get pregnant with your *new* baby? Do not count long periods of time when you and your partner were apart or not having sex.

0 to 5 months

6 to 11 months

1 to 2 years

3 to 4 years

5 to 6 years

More than 6 years

A5. How many cycles of fertility treatments (complete or incomplete) did you have before you got pregnant with your *new* baby?

2 to 3 cycles
4 to 6 cycles
7 or more cycles

NOTE: Skip B1 if infant is not alive or not living with the mother (Core 43 and/or Core 44). Skip B1 if the mother ever breastfed (Core 45).

AFTER B1, insert instruction box that says, “If you did not breastfeed your new baby, go to Question....”

B1. What were your reasons for not breastfeeding your new baby? Check all that apply

My baby was sick and was not able to breastfeed

I was sick or on medicine

I had other children to take care of

I had too many household duties

I didn't like breastfeeding

I tried but it was too hard

I didn't want to breastfeed

I was embarrassed to breastfeed

I went back to work or school

I wanted my body back to myself

Other ≡ Please tell us:

NOTE: Skip B2 if infant is not alive or not living with the mother (Core 43 and/or Core 44). Skip B2 if the mother did not breastfeed or is still breastfeeding (Core 45 and/or Core 46).

B2. What were your reasons for stopping breastfeeding? Check all that apply

My baby had difficulty latching or nursing

Breast milk alone did not satisfy my baby

I thought my baby was not gaining enough weight

My nipples were sore, cracked, or bleeding

It was too hard, painful, or too time consuming

I thought I was not producing enough milk

I had too many other household duties

I felt it was the right time to stop breastfeeding

I got sick and was not able to breastfeed

I went back to work or school

My baby was jaundiced (yellowing of the skin or whites of the eyes)

Other ≡ Please tell us:

[BOX]Phase 6 Standard Questions Version 11/25/08 3

NOTE: Skip B3 if infant is not alive or not living with the mother (Core 43 and/or Core 44). Skip B3 if infant was not born in a hospital (Core 42).

Skip B3 if mother said that she did not breastfeed (Core 45).

B3. This question asks about things that may have happened at the hospital where your new baby was born. For each item, circle **Y** (Yes) if it happened or circle **N**(No) if it did not happen.

No Yes

- a. Hospital staff gave me information about breastfeeding..... N Y
- b. My baby stayed in the same room with me at the hospital..... N Y
- c. I breastfed my baby in the hospital..... N Y
- d. I breastfed in the first hour after my baby was born..... N Y
- e. Hospital staff helped me learn how to breastfeed..... N Y
- f. My baby was fed only breast milk at the hospital N Y
- g. Hospital staff told me to breastfeed whenever my baby wanted N Y
- h. The hospital gave me a breast pump to use..... N Y
- i. The hospital gave me a gift pack with formula N Y
- j. The hospital gave me a telephone number to call for help with breastfeeding..... N Y
- k. My baby used a pacifier in the hospital..... N Y

B4. During *your most recent* pregnancy, what did you think about breastfeeding your new baby? Check one answer

- I knew I would breastfeed
- I thought I might breastfeed
- I knew I would **not** breastfeed
- I didn't know what to do about breastfeeding

NOTE: Skip B5–B6 if infant is not alive or not living with the mother (Core 43 and/or Core 44).

B6 needs B5, but B5 can be used alone.

B5. Did anyone suggest that you *not* breastfeed your new baby?

No ≡ **Go to Question ##**

Yes

B6. Who suggested that you *not* breastfeed your new baby? Check all that apply

- My husband or partner
- My mother, father, or in-laws
- Other family member or relative
- My friends
- My baby's doctor, nurse, or other health care worker
- My doctor, nurse, or other health care worker

p B7-B8 if mother was not on WIC during her pregnancy (Core 22).

B7. When you went for WIC visits during *your most recent* pregnancy, did you receive information on breastfeeding?

No
Yes

B8. During your most recent pregnancy, when you went for your WIC visits, did you speak with a breastfeeding peer counselor or another WIC staff person about breastfeeding?

No
Yes

B9. Before your new baby was born, did any of the following things happen? Check all that apply

Someone answered my questions about breastfeeding
I was offered a class on breastfeeding
I attended a class on breastfeeding
I decided or planned to feed *only* breast milk to my baby
I discussed feeding *only* breast milk to my baby with my family
I discussed feeding *only* breast milk to my baby with my health care worker
I planned to breastfeed within the first hour after giving birth

NOTE: Skip C1–C3 if infant is not alive or not living with the mother or is still in the hospital (Core 43 and/or Core 44, Core 42).

C2 and/or C3 need C1. C1 can be used alone. If C1 is used alone, it does not need to be skipped if infant is not alive or not living with the mother, or if the baby is still in the hospital.

C1. Are you currently in school or working outside the home?

No, I don't work or go to school ≡ **Go to Question ##**
No, I'm on maternity leave, but plan to return to work ≡ **Go to Question ##**
Yes

NOTE: If C2 is used with C3, then add a skip instruction off of the 2nd to last option in C2.

C2. Which *one* of the following people spends the most time taking care of your new baby when you go to work or school? Check one answer

My husband or partner
Baby's grandparent
Other close family member or relative
Friend or neighbor
Babysitter, nanny, or other child care provider
Staff at day care center
The baby is with me while I am at work or school **Go to Question x**
Other ≡ Please tell us:
Phase 6

C3. When you leave your new baby to go to work or school, how often do you feel that she or he is well cared for? Check one answer

Always

Often

Sometimes

Rarely

Never

NOTE: Skip D1–D2 if infant is not alive or not living with the mother (Core 43 and/or Core 44).

D2 needs D1, but D1 can be used alone.

D1. Is your new baby a boy or a girl?

Boy

Girl ≡ **Go to Question ##**

D2. Did you have your *new* baby boy circumcised?

No

Yes

NOTE: Skip E1 if mother is not using birth control now (Core 51). BEFORE E1, insert instruction box that says, “If you or your husband or partner is not doing anything to keep from getting pregnant *now*, go to Question....”

E1. What kind of birth control are you or your husband or partner using *now* to keep from getting pregnant? Check all that apply

Tubes tied or closed (female sterilization)

Vasectomy (male sterilization)

Pill

Condoms

Injection once every 3 months (Depo-Provera®)

Contraceptive implant (Implanon®)

Contraceptive patch (OrthoEvra®)

Diaphragm, cervical cap, or sponge

Cervical Vaginal ring (NuvaRing®)

IUD (including Mirena®)

Rhythm method or natural family planning

Withdrawal (pulling out)

Not having sex (abstinence)

Emergency contraception (The “morning-after” pill)

Other ≡ Please tell us:

E2. After your new baby was born, did a doctor, nurse, or other health care worker talk with you about using birth control?

No

Yes

NOTE: Skip E3 if mother was not using birth control when she got pregnant (Core 13). BEFORE E3, insert instruction box that says, “If you or your husband or partner was not doing anything to keep from getting pregnant, go to Question....”

E3. When you got pregnant with your new baby, what were you or your husband or partner using to keep from getting pregnant? Check all that apply

Tubes tied or closed (female sterilization)

Vasectomy (male sterilization)

Pill

Condoms

Injection once every 3 months (Depo-Provera®)

Contraceptive implant (Implanon®)

Contraceptive patch (OrthoEvra®)

Diaphragm, cervical cap, or sponge

Vaginal ring (NuvaRing®)

IUD (including Mirena®)

Rhythm method or natural family planning

Withdrawal (pulling out)

Not having sex (abstinence)

Emergency contraception (The “morning-after” pill)

Other = Please tell us:

E4. Before you got pregnant with your new baby, had you ever heard or read about emergency birth control (the “morning-after pill”)? This combination of pills is used to prevent pregnancy up to 3 days after unprotected sex.

No

Yes

NOTE: Skip F1-F3 if infant is not alive or not living with the mother, or if the baby is still in the hospital (Core 43 and/or Core 44, Core 42).

F1. How often does your new baby sleep in the same bed with you or anyone else?

Always

Often

Sometimes

Rarely

Never

F2. Did a doctor, nurse, or other health care worker talk with you about how to lay your new baby down to sleep?

No

Yes Phase 6 Standard Questions Version 11/25/08 7

F3. Listed below are some things that describe how your new baby *usually* sleeps. For each item, circle **T** (True) if it usually applies to your baby or **F** (False) if it doesn't usually apply to your baby.

True False

- a. My new baby sleeps in a crib or portable crib..... T F
- b. My new baby sleeps on a firm or hard mattress..... T F
- c. My new baby sleeps with pillows.....T F
- d. My new baby sleeps with bumper pads.....T F
- e. My new baby sleeps with plush blankets..... T F
- f. My new baby sleeps with stuffed toys..... T F
- g. My new baby sleeps with another person.....T F

G1. Have you ever heard or read that taking a vitamin with folic acid can help prevent some birth defects?

No ≡ **Go to Question ##**

Yes

NOTE: G1 and G2 can be used alone. However, if they are used together, skip G2 if mother has never heard or read about folic acid (answered No to G1).

G2. Have you ever heard about folic acid from any of the following? Check all that apply

Magazine or newspaper article

Radio or television

Doctor, nurse, or other health care worker

Book

Family or friends

Other ≡ Please tell us:

G3. Some health experts recommend taking folic acid for which one of the following reasons? Check one answer

To make strong bones

To prevent birth defects

To prevent high blood pressure

I don't know

G4. Which of the following things would cause *you* to take multivitamins, prenatal vitamins, or folic acid vitamins? Check all that apply

I didn't usually eat the right foods

It prevented heart disease

It was good for my general health

It would help me have a healthy baby someday

My family or friends said it was a good idea

My doctor or nurse said it was a good idea

G5. During the *last 3 months* of your most recent pregnancy, how many times a week did you take a multivitamin, a prenatal vitamin, or a folic acid vitamin?

I did not take a multivitamin, prenatal vitamin or folic acid vitamin at all

1 to 3 times a week

4 to 6 times a week

Every day of the week

G6. During the *past month*, how many times a week did you take a multivitamin, a prenatal vitamin, or a folic acid vitamin?

I did not take a multivitamin, prenatal vitamin or folic acid vitamin at all

1 to 3 times a week

4 to 6 times a week

Every day of the week

G7a. During the *last 3 months* of your most recent pregnancy, about how many servings of *fruit* did you have in a day? Check one answer

Zero servings (none)

1 or 2 servings per day

3 or 4 servings per day

5 or more servings per day

G7b. During the *last 3 months* of your most recent pregnancy, about how many servings of *vegetables* did you have in a day? Check one answer

Zero servings (none)

1 or 2 servings per day

3 or 4 servings per day

5 or more servings per day

NOTE: Skip G8 if mother took a multivitamin 1 or more times a week (Core 3).

G8. What were your reasons for not taking multivitamins, prenatal vitamins, or folic acid vitamins during the *month before* you got pregnant with your new baby? Check all that apply

I wasn't planning to get pregnant

I didn't think I needed to take vitamins

The vitamins were too expensive

The vitamins gave me side effects (such as constipation)

Other Please tell us _____Phase 6 Standard Questions Version

11/25/08 9

NOTE: Skip H1–H2 if infant is not alive or not living with the mother (Core 43 and/or Core 44).

H2 must be used with H1, but H1 can be used alone.

H1. Do you have health insurance or Medicaid for your new baby?

No ≡ **Go to Question ##**

Yes

H2. What health insurance plan is your new baby covered by? Check all that apply

Health insurance from your job or the job of your husband, partner, or parents

Health insurance that you or someone else pays for (not from a job)

Medicaid or (state Medicaid name)

TRICARE or other military health care

State option (IHS, etc.)

State option (SCHIP or CHIP program)

Other source => Please tell us

I do not have health insurance for my new baby

NOTE: Skip H3–H4 if infant is not alive or not living with the mother (Core 43 and/or Core 44).

H4 must be used with H3, but H3 can be used alone.

H3. Is your new baby in the Child Health Insurance Program (CHIP)?

No

Yes ≡ **Go to Question ##**

H4. Why didn't you enroll your new baby in CHIP? Check all that apply

I didn't know about the program

I already had insurance

I didn't think he or she was eligible

Other ≡ Please tell us:

NOTE: Skip I2 if mom indicated in I6 that she had been tested before this pregnancy (Core 21). Skip I2–I3 if mom indicated in Core 21 that she was tested during pregnancy or delivery. Do NOT skip these if mom indicated in Core 21 that she “didn't know” whether she was tested during pregnancy or delivery.

I3 must be used with I2, but I2 can be used alone.

I2. Had you been tested for HIV *before* this pregnancy?

No ≡ **Go to Questi**

I3. When were you tested *before* this pregnancy? Check one answer

Less than 6 months before I got pregnant

6 months to 1 year before I got pregnant

More than 1 year before I got pregnant

NOTE: Skip I4–I6 if mom indicated in Core 21 that she was tested during pregnancy or delivery. Do NOT skip these if mom indicated in Core 21 that she “didn’t know” whether she was tested during pregnancy or delivery.

I5 and I6 must be used with I4, but I4 can be used alone.

I5 and I6 can be used without each other.

I4. Were you *offered* an HIV test during *your most recent* pregnancy or delivery?

No ≡ **Go to Question ##**

Yes

I5. Did you turn down the HIV test?

No ≡ **Go to Question ##**

Yes

I6. Why did you turn down the HIV test? Check all that apply

I did not think I was at risk for HIV

I did not want people to think I was at risk for HIV

I was afraid of getting the result

I was tested before this pregnancy, and did not think I needed to be tested again ≡

Go to Question ##

Other ≡ Please tell us:

NOTE: Skip I7 if mom indicated in Core 21 that she had not been tested during this pregnancy or delivery. Skip I7 if mom indicated in Core 21 that she “didn’t know” whether she was tested during pregnancy or delivery.

I7. When was your most recent HIV test? Check one answer

During the first 3 months of pregnancy

During the second 3 months of pregnancy

During the last 3 months of pregnancy

Unsure when, but during pregnancy and before delivery

At labor and delivery

After delivery but before hospital discharge

Phase 6 Standard Questions Version
11/25/08 11

NOTE: Skip J1 if infant is not alive or not living with the mother, and if baby is still in the hospital (Core 43 and/or Core 44, Core 42).

J1. Since your new baby was born, did any doctor, nurse, or other health care worker talk with you about any of the things listed below? Please count only discussions, not reading materials or videos. For each item, circle Y (Yes) if someone talked with you about it or N (No) if no one talked with you about it.

No Yes

- a. Help with or information about breastfeeding N Y
- b. How long to wait before getting pregnant again.....N Y
- c. Birth control methods that I can use after giving birth.....N Y
- d. Postpartum depression..... N Y
- e. Support groups for new parents.....N Y
- f. Resources in my community such as nurse home visitation programs, telephone hotlines, counseling, etc.....N Y
- g. Getting to and staying at a healthy weight after delivery..... N Y

NOTE: Skip K1 if mother has not had a previous infant born alive (Core 8).

K1. Before you had your new baby, did you ever have a baby by cesarean delivery or C-section (when a doctor cuts through the mother's belly to bring out the baby)?

No

Yes

K2 was replaced by K8.

K3. How was your new baby delivered?

Vaginally

Cesarean delivery (C-section)

NOTE: Skip K4 if mother did not have prenatal care (Core 16).

K4. How did the doctor, nurse, or other health care worker who provided your prenatal care suggest you deliver your new baby? Check one answer

He or she suggested I deliver my baby vaginally (naturally)

He or she suggested I have a cesarean delivery (C-section)

He or she didn't suggest how I deliver my baby

NOTE: Skip K5 if mother did not have her baby in a hospital (Core 37).

K5. After you were admitted to the hospital to deliver your new baby, were you transferred to another hospital before your baby was born?

No

Yes

NOTE: Skip K6 and K7 if the mother did not have a cesarean delivery for her new baby (K3).

K6 and K7 must be used with K3, but K3 may be used alone.

K6. Which statement best describes whose idea was it for you to have a cesarean delivery (C-section)? Check one answer

My health care provider recommended a cesarean delivery **before** I went into labor

My health care provider recommended a cesarean delivery while I was in labor

I asked for the cesarean delivery **before** I went into labor

I asked for the cesarean delivery while I was in labor

K7. What was the reason that your *new* baby was born by cesarean delivery (C-section)? Check all that apply

I had a previous cesarean delivery (C-section)

My baby was in the wrong position

I was past my due date

My health care provider worried that my baby was too big

I had a medical condition that made labor dangerous for me

My health care provider tried to induce my labor, but it didn't work

Labor was taking too long

The fetal monitor showed that my baby was having problems during labor

I wanted to schedule my delivery

I didn't want to have my baby vaginally

Other reason(s): Please tell us

K8. Had you planned or scheduled a caesarean delivery (C-section) at least one week before your *new* baby was born?

No

Yes

NOTE: K10 needs K9, but K9 can be used alone.

K9. Did your doctor, nurse, or other health care worker try to induce your labor (start your contractions using medicine)?

No ≡ Go to Question ##

Yes

I don't know ≡ Go to Question

K10. Why did your doctor, nurse, or other health care worker try to induce your labor (start your contractions using medicine)? Check all that apply.

My water broke and there was a fear of infection

I was past my due date

My health care provider worried about the size of the baby

My baby was not doing well and needed to be born

I had a health problem and needed to deliver the baby

I wanted to schedule my delivery

I wanted to give birth with a specific health care provider

OtherPlease tell us:

NOTE: Skip K11-K12 if the baby was not born in the hospital (Core 42).

AFTER K11 and/or K12, insert instruction box that says, "If your baby is still in the hospital, go to Question ##."

K11. After your baby was born, was he or she transferred to another hospital?

No

Yes

K12. After your baby was born, were you transferred to another hospital?

No

Yes

L1. Other than prenatal vitamins, did you take any over-the-counter or prescribed medicine during pregnancy, even for a short period of time?

No

Yes

L2. Have you ever had German measles (rubella) or been vaccinated for German measles?

No

Yes

L3. Have you ever had chickenpox (varicella) or been vaccinated for chickenpox?

No

Yes

L4. Have you ever taken medicine on a regular basis to control seizures or epilepsy?

No ≡ Go to Question ##

Yes

OTE: Skip L5–L7 if mother has never taken medicine to control seizures or epilepsy (L4).

L5-L7 need L4, but L4 can be used alone.

L5. During *your most recent* pregnancy, did you take medicine on a regular basis to control seizures or epilepsy?

No ≡ Go to Question ##

Yes

NOTE: L6 and L7 need L5, but L5 can be used alone.

L6. When did you start taking the medicine?

I started taking the medicine during my pregnancy

I started taking the medicine in the year before I got pregnant

I started taking the medicine more than a year before I got pregnant

L7. How many seizures did you experience during *your most recent pregnancy*?

None

1

2

3 or more

L8. *Since your new baby was born, have you had a postpartum checkup for yourself?* (A postpartum checkup is the regular checkup a woman has about 6 weeks after she gives birth.)

No ≡ **Go to Question ##**

Yes

NOTE: L9 needs L8, but L8 can be used alone.

L9. At that visit, did a doctor, nurse, or other health care worker discuss family planning or birth control with you?

No

Yes

L10. Would you say that, in general, your health is —

Excellent

Very good

Good

Fair

Poor

L11. During the *3 months before you got pregnant with your new baby, did you have any of the following health problems?* For each one, circle **Y** (Yes) if you had the problem or circle **N** (No) if you did not.

No Yes

a. Asma N Y

b. High blood pressure (hypertension)..... N Y

c. Anemia (poor blood, low iron) N Y

d. Heart problems.....N Y

e. Epilepsy (seizures).....N Y

f. ThyroidproblemsN Y

g. Depression..... N Y

h. Anxiety..... N Y

L12. At any time during *your most recent pregnancy, did a doctor, nurse, or other health care worker offer you a flu vaccination or tell you to get one?*

No

Yes

L13. Did you get a flu vaccination during your most recent pregnancy?

No

Yes ≡ **Go to Question ##**

NOTE: L14 needs L13, but L13 can be used alone.

L14. What were your reasons for not getting a flu vaccination during your most recent pregnancy? For each item, circle **Y** (Yes) if it was a reason for you or circle **N** (No) if it was not a reason or did not apply to you.

No Yes

- a. My doctor didn't mention anything about a flu vaccination during my pregnancy..... N Y
- b. I was worried about side effects of the flu vaccination for me..... N Y
- c. I was worried that the flu vaccination might harm my baby..... N Y
- d. I wasn't pregnant during the flu season (November–February)..... N Y
- e. I was in my first trimester during the flu season (November February) N Y
- f. I don't normally get a flu vaccinationN Y
- g. Other.....N Y

Please tell us:

L15. Have you ever had a flu vaccination when you were not pregnant?

No

Yes Phase 6 Standard Questions Version 11/25/08 16

NOTE: Skip L16 if mother has not had a postpartum checkup (L8).

L16. At that visit, did a doctor, nurse, or other health care worker advise you to take multivitamins, prenatal vitamins, or folic acid vitamins?

No

Yes

NOTE: Skip L18 if health care worker didn't talk with mother about preparing for a healthy pregnancy (L17). L18 needs L17, but L17 can be used alone.

L17. Before you got pregnant with your new baby, did a doctor, nurse, or other health care worker talk to you about how to prepare for a healthy pregnancy and baby?

No ≡ **Go to Question ##**

Yes

L18. Before you got pregnant with your new baby, did a doctor, nurse, or other health care worker talk with you about any of the things listed below?

Please count only discussions, not reading materials or videos. For each item, circle **Y** (Yes) if someone talked with you about it or **N** (No) if no one talked with you about it.

No Yes

- a. Taking vitamins with folic acid before pregnancy.....N Y
- b. Being a healthy weight before pregnancy.....N Y

- c. Getting my vaccines updated before pregnancy.....N
Y
- d. Visiting a dentist or dental hygienist before pregnancy N Y
- e. Getting counseling for any genetic diseases that run in my family.....N Y
- f. Controlling any medical conditions such as diabetes and high blood pressure...N
Y
- g. Getting counseling or treatment for depression or anxiety N Y
- h. The safety of using prescription or over-the-counter medicines during pregnancyN Y
- i. How smoking during pregnancy can affect a baby..... N Y
- j. How drinking alcohol during pregnancy can affect a baby..... N Y
- k. How using illegal drugs during pregnancy can affect a baby..... N Y

Core question 53 will replace M1 a and b.

M2. At any time during *your most recent* pregnancy or after delivery, did a doctor, nurse, or other health care worker talk with you about “baby blues” or postpartum depression?

No

Yes Phase 6 Standard Questions Version 11/25/08 17

M3. At any time during *your most recent* pregnancy, did a doctor, nurse, or other health care worker *tell you that you had* depression?

No ≡ Go to Question ##

Yes

M4. At any time during *your most recent* pregnancy, did you *ask for help* for depression from a doctor, nurse, or other health care worker?

No

Yes

M5. *Since your new baby was born*, has a doctor, nurse, or other health care worker *told you that you had* depression?

No ≡ Go to Question ##

Yes

M6. *Since your new baby was born*, have you *asked for help* for depression from a doctor, nurse, or other health care worker?

No

Yes

M7. How would you describe the time during *your most recent* pregnancy?

Check one answer

One of the happiest times of my life

A happy time with few problems

A moderately hard time

A very hard time

One of the worst times of my life

Note: M8 and M9 need M3, but M3 can be used alone.

M8. At any time during *your most recent* pregnancy, did you take prescription medicine for your depression?

No
Yes

M9. At any time during *your most recent* pregnancy, did you get counseling for your depression?

No
Yes

Note: M10 and M11 need M5, but M5 can be used alone.

M10. *Since your new baby was born*, have you taken prescription medicine for your depression?

No
Yes

M11. *Since your new baby was born*, have you gotten counseling for your depression?

No
Yes

M12. Below is a list of feelings and experiences that women sometimes have after childbirth. Read each item to determine how well it describes your feelings and experiences. Then, write on the line the number of the choice that best describes how often you have felt or experienced things this way *since your new baby was born*. Use this scale when answering:

1 2 3 4 5

Never Rarely Sometimes Often Always

a. I felt panicky _____

b. I felt restless _____

NOTE: If a state chooses M12, the options for M12 will be added to Core 53 as options e and f since the text of the question is the same

M13. At any time during *your most recent* pregnancy, did a doctor, nurse, or other health care worker *tell you that you had* anxiety?

No ≡ **Go to Question ##**
Yes

M14. At any time during your most recent pregnancy, did you *ask for help* for anxiety from a doctor, nurse, or other health care worker?

No
Yes

M15. *Since your new baby was born*, has a doctor, nurse, or other health care worker *told you that you had* anxiety?

No ≡ Go to Question ##

Yes

M16. *Since your new baby was born, have you asked for help for anxiety from a doctor, nurse, or other health care worker?*

No

Yes

Note: M17 and M18 need M13, but M13 can be used alone.

M17. *At any time during your most recent pregnancy, did you take prescription medicine for your anxiety?*

No

Yes

M18. *At any time during your most recent pregnancy, did you get counseling for your anxiety?*

No

Yes

Note: M19 and M20 need M15, but M15 can be used alone.

M19. *Since your new baby was born, have you taken prescription medicine for your anxiety?*

No

Yes

M20. *Since your new baby was born, have you gotten counseling for your anxiety?*

No

Yes

N1. *At any time during your most recent pregnancy, did a doctor, nurse, or other health care worker tell you to stay in bed for at least 1 week?*

No ≡ Go to Question ##

Yes

NOTE: N2 needs N1, but N1 can be used alone.

N2. *How many weeks or months pregnant were you when you were told to stay in bed?*

Weeks OR Months

NOTE: N3 needs N1, but N1 can be used alone.

N3. *How often were you able to follow your provider's instruction to stay in bed?*

Always ≡ Go to Question ##

Often ≡ Go to Question ##

Sometimes

Rarely

Never

NOTE: N4 needs N3, but N3 can be used

N4. What types of support would have helped you to stay in bed for the recommended time? For each item, circle Y (Yes) if it would have helped you or circle N (No) if it would have not helped or did not apply to you.

No Yes

- a. Help with child care N Y
- b. Help with housework N Y
- c. Knowing, I wouldn't lose my job..... N Y
- d. Money to make up for not working..... N Y
- e. Other..... N Y

N5. During *your most recent* pregnancy, did a doctor, nurse, or other health care worker try to keep your new baby from being born too early by giving you a series of weekly shots of a medicine called Progesterone, Gestiva®, or 17P (17 alpha-hydroxyprogesterone).

No

Yes

I don't know

NOTE: Skip N6-N7 if the mother did not have gestational diabetes during this pregnancy (Core 23).

N6. During *your most recent* pregnancy, when you were told that you had gestational diabetes, did the doctor, nurse, or other health care worker tell you to make an appointment with a different doctor because of your gestational diabetes?

No

Yes

N7. During *your most recent* pregnancy, when you were told that you had gestational diabetes, did a doctor, nurse, or other health care worker do any of the things listed below? For each item, circle Y (Yes) if it was done or circle N (No) if it was not done.

No Yes

- a. Refer you to a nutritionist.....N Y
- b. Talk to you about the importance of exercise.....N Y
- c. Talk to you about getting to and staying at a healthy weight after delivery.....N Y
- c. Suggest that you breastfeed your new babyN Y

d. Talk to you about your risk for Type 2 diabetes.....N Y

NOTE: Skip N8 if mother did not have any problems during this pregnancy (Core 24).

BEFORE N8, insert instruction box that says, "If you did not have any of the problems listed above, go to Question ##." N8a. Did a doctor, nurse, or other health care worker tell you to stay home in bed for more than 2 days because of any of the problem(s) listed?

No
Yes

N8b. Did you go to the hospital or emergency room because of any of the problem(s) listed above?

No Go to Question xx
Yes

N8c. How many times did you go to the hospital or emergency room because of the problem(s)?

1 time
2 times
3 times
4 or more times

O1. *Since your new baby was born*, have you had any medical problems that caused you to go to the hospital and stay overnight?

No Go to Question ##
Yes

NOTE: O2 and O3 need O1, but O1 can be used alone.

O2. When was the *first* time you had to go into the hospital and stay overnight after your new baby was born?

Month
Day

18.2 Anexo

Instrumento



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

Boleta No. _____
Número de Registro: _____

Factores psicosociales asociados en mujeres con aborto Hospital Roosevelt, Guatemala, agosto-septiembre 2015

Primera parte: Datos generales

1. Edad: _____

2. Estado civil:
 - Soltera
 - Casada
 - Unida
 - Divorciada
 - Viuda

3. Escolaridad:
 - Analfabeta

 - Primaria
 - Completa
 - Incompleta

 - Secundaria
 - Completa
 - Incompleta

 - Diversificado
 - Completa
 - Incompleta

 - Otros:
 - Técnico

 - Técnico Universitario

 - Universitario

4. Situación económica
 - <Q1,100 mensual
 - Q1,101- Q2,500 mensual
 - Q2,501- Q10,500 mensual
 - Q10,501-Q23,500 mensual

>Q23,500 mensual

5. Número de embarazos: _____

6. Número de Hijos vivos: _____

7. Número de Consultas a control prenatal:

- Ningún control
- Menos de 5
- 5 o mas

Segunda parte: factores psicosociales maternos

8. ¿Fuma o fumaba?

- Si
- No

9. ¿Consume alcohol o lo consumía un año antes de quedar embarazada?

- Si
- No

10. ¿Consume o consumía alguna droga?

- Si
- No

11. ¿Dónde lleva el control prenatal?

- Centro o puesto de salud
- Médico particular
- Hospital

12. ¿Se ha efectuado algún ultrasonido?

- Si
- No

13. Durante el último mes, ¿cuántas veces a la semana tomó multivitamínicos, ácido fólico, hierro o prenatales?

- No tomé ninguno
- 1-3 veces por semana
- 4-6 veces por semana
- Todos los días a la semana

14. ¿Cuáles son las razones por las que no tomó multivitamínicos, hierro, ácido fólico, o prenatales antes del embarazo actual?

- No fue planeado
- No lo considere necesario
- Eran muy caras
- Me daban efectos secundarios
- Otro _____

15. Durante el control prenatal del embarazo actual el doctor, enfermera, o personal de salud le habló sobre alguno de los siguientes temas:

- a) Tomar vitaminas, ácido fólico, hierro, antes del embarazo si no
- b) Tener un peso adecuado si no
- c) Tener todas las vacunas al día si no
- d) Llevar control si tuviera diabetes, hipertensión si no
- e) Cómo afecta el fumar al bebe durante el embarazo si no
- f) Cómo afecta el consumir alcohol durante el embarazo si no
- g) Cómo afecta el consumo de drogas al bebe durante el embarazo si no
- h) Signos de peligro en el embarazo (hemorragia, salida de líquido, edema en rostro y miembros inferiores, dolor en la boca del estómago, cefalea intensa, vómitos) si
no

16. ¿Cómo describiría que ha sido este embarazo para usted?

- Uno de los momentos más felices de mi vida
- Feliz, pero con algunos problemas
- Difícil
- Uno de los peores momentos de mi vida

17. A continuación se presenta una serie de frases, seleccione la respuesta que más se acople a usted.

a. He sentido miedo al estar en mi casa

- Nunca
- A veces
- Siempre

b. Me he sentido insegura en el vecindario

- Nunca
- A veces
- Siempre

c. Me he sentido insegura en mi hogar

- Nunca
- A veces
- Siempre

d. He sentido miedo de mi pareja o algún miembro de mi hogar por actos violentos

- Nunca
- A veces
- Siempre

18. Cuando quedó embarazada ¿qué relación tenía con el padre del bebe?

- Era mi esposo
- Era mi pareja (unidos)
- Era mi novio
- Era un amigo
- Otro _____

19. Cuando quedó embarazada ¿quién vivía en la misma casa?

- Mi esposo o pareja

- Mi/s hijo/s
- Mi papá
- Mi mamá
- Ambos padres
- Los padres de mi esposo o pareja
- Mi amigo
- Otro familiar
- Sola

20. ¿Quién vive con usted actualmente?

- Mi esposo o pareja
- Mi/s hijo/s
- Mi papá
- Mi mamá
- Ambos padres
- Los padres de mi esposo o pareja
- Mi amigo
- Otro familiar
- Sola

21. ¿Su embarazo fue planificado?

- Si
- No

22. ¿Cómo se siente su pareja respecto al embarazo actual?

- Feliz por ser embarazo deseado
- Él no quería que quedara embarazada
- No lo sé
- No tengo pareja

23. ¿Cómo se siente usted por estar embarazada?

- a) Preocupada porque no sabía cómo cuidar a un bebé si no
- b) Pensaba que debía renunciar a todas las actividades si no
- c) Me siento emocionada si no
- d) Feliz porque es una nueva experiencia si no
- e) Quería comprar cosas para él bebé si no

24. ¿Cómo se sintió al enterarse que estaba embarazada?

- Muy feliz
- Infeliz
- No estoy segura

Responda sí o no de acuerdo a las siguientes frases:

25. Su esposo o pareja la amenazó o la ha hecho sentir insegura

- Si
- No

26. Siente miedo sobre su seguridad o la de su familia por el trato que le ha dado su esposo o pareja

- Si
- No

27. Su esposo o pareja la ha obligado a alguna actividad sexual en la cual usted no quisiera participar (abuso)

- Si
- No

28. Antes de quedar embarazada usted sufría de abuso físico

- Si
- No

29. Durante el embarazo ha sufrido abuso físico

- Si
- No

Tercera parte: exclusivo de la investigadora.

- Aborto espontáneo**
- Sospecha de aborto provocado**



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación: Factores psicosociales asociados en mujeres con aborto Hospital Roosevelt Hospital Roosevelt, septiembre 2015

Respetable paciente,

Mediante la presente, usted es invitada a participar en el estudio de pregrado realizado por la estudiante María Andrea Roldán García, de la Universidad Rafael Landívar, titulado "**Factores psicosociales asociados en mujeres con aborto, Hospital Roosevelt, septiembre 2015**".

Este estudio tiene como propósito la identificación de factores psicosociales en pacientes con aborto espontáneo y aborto inducido. La importancia de su participación radica en mejorar la atención prestada a la mujer embarazada al consultar el departamento de ginecología y obstetricia.

Busca mejorar los conocimientos y conducta del médico Gineco-obstetra al momento de evaluar y tratar de forma integral a la mujer gestante y proporcionar un adecuado control prenatal y atención del parto.

La información será recolectada mediante el empleo de un cuestionario y una entrevista, siendo explicado de forma personal.

Dicho cuestionario consta de 29 preguntas, dispuestas en una fase de recolección de datos generales, y posterior a ello, otra sección, sobre factores psicosociales maternos.

Los datos brindados en dicha entrevista serán confidenciales y de uso exclusivo para dicho estudio. Únicamente serán recolectados datos necesarios para la elaboración del mismo. No tendrá implicaciones legales, y se guardará absoluta confidencialidad. Su participación será anónima.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Puede elegir participar en la misma o no. Si elige participar o no, continuará con todos los servicios que le brinda esta institución y sin tener ninguna repercusión.

Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre, para guardar su confidencialidad y únicamente la investigadora tendrá acceso a ello. La información no será compartida ni entregada a nadie.

Paciente: He leído o me ha sido leída la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante

Nombre del Participante _____ DPI/ cédula _____

Firma del Participante _____ Fecha _____

Testigo: He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la paciente ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____ Firma de testigo _____ DPI/cédula _____

Nombre de paciente _____ Huella dactilar del participante:

Fecha: _____

He leído con exactitud el consentimiento informado para el potencial participante y la paciente ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la paciente ha dado consentimiento libremente.

Nombre de la investigadora _____ Firma _____

Fecha _____